Rok VI Wrzesień-Październik 1934 Nr 9-10

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

IX Walny Zjazd P. S. P. Z.

Tegoroczny Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych odbędzie się, podobnie jak zeszłoroczny, w Warszawie, w gościnnym gmachu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

Znowu nadchodzi niezastąpiona sposobność wymiany myśli, poglądów, zaczerpnięcia rady i otuchy. Program Zjazdu pozwala żywić nadzieję, że członkinie P. S. P. Z. powrócą do pracy uposażone w nowy zapas wiedzy, sił i energji. Nic więc dziwnego, że przewidywany jest niezmiernie liczny udział członkiń tak z Warszawy, jak i z tych wszystkich miast, miasteczek i wsi całej Polski, gdzie pracują dyplomowane pielęgniarki.

Pamiętamy, co dał nam Zjazd zeszłoroczny nietylko pod względem czysto fachowym, ale i ideowym. Nie wątpimy, że tak samo będzie i w tym roku.

Program IX Walnego Zjazdu Polskiego Stow. Pielęgniarek Zawodowych

Sobota 27 października

Godz. 9: Msza św. w kościele PP. Wizytek.

Godz. 10.30: Walne Zebranie P. S. P. Z. (wstęp dla członków).

Godz. 16: Otwarcie Zjazdu.

Referaty:

Dr H. Zajączkowski: Higjena psychiczna i stosowanie jej wskazań w pracy pielęgniarki społecznej.

Marja Babicka - Zachertowa: Rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa w Polsce w okresie 10-lecia 1924—1934.

Niedziela 28 października

Godz. 10: Zebranie dyskusyjne, przewodniczy H. Nagórska.

Referaty z działów pielęgniarstwa społecznego i szpitalnego:

H. Legutkówna: Znaczenie pedagogiczne i społeczne organizacyj Czerw. Krzyża w szkołach.

J. Pilecka: Pielęgnowanie ubogich chorych w domach.

A. Wielowieyska: Praca pielęgniarki w poradni dla chorych na gruźlicę kostną.

XX.: Przypadki z oddziałów szpitalnych.

Godz. 14: Demonstracje zabiegów pielęgniarskich.

Godz. 16: Zamknięcie Zjazdu (wstęp dla członków P. S. P. Z.).

Poniedziałek 29 października

Zwiedzanie instytucyj higjeniczno - społecznych.

Kurs uzupełniający

Komisja Pielęgniarstwa Społecznego P. S. P. Z. zawiadamia, że zgodnie z uchwałą Zjazdu r. ub. zorganizowany został kurs uzupełniający, który odbędzie się w dniach od 23 — 26. X. 1934 z nast. programem:

1. Metody opieki otwartej, p. M. Uziembło, prof. M. Okęcki (4 godz.).
2. Opieka indywidualna, p. Marja Mochnacka (2 godz.).
3. Opieka nad dzieckiem trudnem do prowadzenia, moralnie zaniedbanem i niedorozwiniętem, p. Kunicka (6 godz.).
4. Sądy dla nieletnich, p. Wojtowicz - Grabińska (2 godz.).
5. Pielęgnowanie chorych po domach, p. T. Kulczyńska (4 godz.).
6. Praca pielęgniarki społecznej w warunkach prowincjonalnych, p. A. Mańkowska - Mulakowa (2 godz.).

Wpisowe 3 zł.

Rozpoczęcie kursu odbędzie się we wtorek 23. X. 1934 o godz. 10 rano w Warsz. Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.

Komisja Pielęgniarstwa Społecznego rozesłała osobne zawiadomienia o kursie do poszczególnych Związków Absolwentek.

Administracja „Pielegniarki Polskiej“ będzie urzędowała podczas Walnego Zjazdu w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa

Dobry Samarytanin

W piętnastolecie Polskiego Czerwonego Krzyża

Czyż jest instytucja, bardziej zasługująca na tę ewangeliczną nazwę — niż Czerwony Krzyż? Zrodzony z najszlachetniejszych uczuć ludzkich, krzewi się bujnie na świecie całym, ma wszędzie swych apostołów i uczniów, a jego znak sztandarowy stał się istotnym symbolem miłosierdzia.

Polski Czerwony Krzyż godnie reprezentuje na terenie międzynarodowym polską myśl i pracę humanitarną. Mimo, że jest jednym z najmłodszych członków światowej rodziny czerwonokrzyskiej, świetny jego rozwój zapewnia mu poczesne miejsce w tem gronie, a w niejednym dziale swej pracy programowej, osiągnął wyniki znakomite i wysunął się na czołowe miejsce wśród Czerwonych Krzyży innych narodów świata. Polski Czerwony Krzyż istnieje w kraju już od lat piętnastu, działalność jego jest wielostronna i niezmiernie doniosła, ale niestety — wielu jest jeszcze w Polsce obywateli, u których Czerwony Krzyż kojarzy się jedynie z pojęciem wojny i którzy nie interesują się i nie doceniają jego roli w zakresie pracy społecznej, humanitarnej, a zwłaszcza sanitarnej w czasie pokoju. To też w najkrótszym zarysie chciałabym przedstawić, co robi Polski Czerwony Krzyż obecnie, i jakie są jego najważniejsze zadania na przyszłość.

Po całkowitem zlikwidowaniu wojennej działalności, w czasie której młody Polski Czerwony Krzyż tak chlubnie zdał swój pierwszy egzamin wobec Narodu i Armji, praca pokojowa P. C. K. poszła w trzech zasadniczych kierunkach:

1) przygotowania się do wypełniania zadań na wypadek nowej wojny,

2) niesienia wszelkiej pomocy ludności cywilnej w wypadkach klęsk żywiołowych i epidemij,

3) współdziałania z władzami rządowemi i samorządowemi nad podniesieniem zdrowotności wśród społeczeństwa.

Oczywiście, na pierwszy plan wysuwają się wszystkie sprawy związane z pierwszym punktem, bowiem w tym zakresie P. C. K. jest jedyny, wyłączny i niezastąpiony, jak to określa pierwszy artykuł rozporządzenia Pana Prezydenta R. P. o Stowarzyszeniu Polskiego Czerwonego Krzyża. Są to zagadnienia pierwszorzędnej wagi państwowej, dotyczą bowiem kwestji przygotowań do obrony kraju. Na sprawy z tem związane, Polski Czerwony Krzyż przeznacza największe sumy w swych budżetach i kieruje całą energję i wysiłek organizacyjny, aby zadośćuczynić odpowiedzialnym obowiązkom, które nań włożył Naród i Państwo. Ta dziedzina pracy Czerwonego Krzyża nazywa się „pogotowiem sanitarnem“ i może się już dziś pochlubić znakomitym dorobkiem zarówno w zakresie p r z y g o t o w a ń

materjałowych i technicznych, jak wyszkolenia personelu sanitarnego.

Polski Czerwony Krzyż rozporządza obecnie setkami samochodów sanitarnych, wozów ambulansowych cztero i dwukołowych, jest w toku nabywania samolotów sanitarnych. Przygotowano kompletny sprzęt i zaopatrzenie dziesiątków szpitali stałych i polowych, punktów opatrunkowo-odżywczych, kolumny dezynfekcyjno - kąpielowe i dezynsekcyjne, składnice bielizny, lekarstw, środków opatrunkowych i gospodarczego sprzętu. — Społeczeństwo nieraz widziało ten aparat przy pracy. W czasie klęsk żywiołowych, epidemij, wielkich ćwiczeń wojskowych, tłumnych zjazdów i uroczystości P. C. K. organizuje pomoc i uruchamia swoje pogotowie sanitarne.



Drużyna ratownicza P. C. K.

W dziedzinie ratownictwa przeciwgazowego P. C. K. wykonał również olbrzymią pracę. Nie wiele już jest chyba w Polsce osad, miast i miasteczek, gdzieby nie było choć jednej drużyny ratowniczej przeciwgazowej P. C. K. W większych miastach jest ich po kilkadziesiąt: przy stowarzyszeniach, organizacjach i zakładach użyteczności publicznej i przemysłowych. Wszystkie te drużyny są doskonale w swoich przyszłych zadaniach wyszkolone, wiele z nich jest umundurowanych, a większość zaopatrzona w pełny ekwipunek i sprzęt ratowniczy.

Dziedzina ratownictwa gazowego jest stosunkowo nową, więc też i niewielu lekarzy zna ją dokładnie. P. C. K. w porozumieniu z władzami państwowemi urządza dla lekarzy kursy ratowania i leczenia zagazowanych,

prowadzone przez specjalistów tego zakresu. Do 1-go kwietnia 1934 roku P. C. K. wyszkolił w ratownictwie przeciwgazowem około 4.000 lekarzy.

Zarząd Główny P. C. K. corocznie organizuje w Wojskowej Szkole Gazowej na Marymoncie kurs gazoznawstwa dla instruktorów I klasy drużyn ratowniczych P. C. K. Okręgi — w całym kraju kursy dla właściwych organizatorów i komendantów drużyn ratowniczych P. C. K., t. j. instruktorów II klasy.

Tysiące s i ó s t r p o g o t o w i a s a n i t a r n e g o szkolonych we wszystkich Okręgach i w wielu Oddziałach P. C. K. mają zgóry wyznaczone posterunki, na których w razie potrzeby winny stanąć do pracy.

Dla zilustrowania w jakich rozmiarach jest prowadzone szkolenie personelu pogotowia sanitarnego, weźmy sprawozdanie za rok 1933. Otóż w tym roku P. C. K. zorganizował: dla lekarzy 51 kursów, dla sióstr pogotowia sanitarnego 48 kursów, dla instruktorów II klasy 75 kursów.

S p o ł e c z n a a k c j a s a n i t a r n a rozwinięta jest przez P. C. K. na niesłychanie szeroką skalę i obejmuje wszystkie odcinki na tak niskim poziomie stojące w Polsce — higjeny publicznej i kultury sanitarnej.

Przejrzyjmy najpierw pozycje klęsk żywiołowych i epidemij, do których zwalczania powołany jest Polski Czerwony Krzyż.

Już w czasie wojny i bezpośrednio po niej, prowadził P. C. K. s z e r o k ą a k c j ę w a l k i z e p i d e m j a m i. Później działalność w tym kierunku kontynuowały na swych terenach poszczególne Okręgi we własnym zakresie, jedynie w wypadkach szczególnie ciężkich wspomagane przez Zarząd Główny P. C. K. Okręg Warszawski podjął akcję pomocy dla ofiar wylewów Wisły w roku 1924 — 1925 — 1928, przyczem w roku 1924 wydatkowano na ten cel 73.000 zł. W roku 1927 Okręg Lwowski organizuje pomoc dla powodzian Małopolski Wschodniej, przyczem podejmuje tam walkę z epidemją duru i czerwonki, wysyłając ekspedycje sanitarne do miejscowości dotkniętych powodzią. Dokonano wtedy 33.457 szczepień i wydezynfekowano 3.357 studzien. Ponadto urządzono w tych miejscowościach 3 szpitale na 1.256 łóżek, oraz uruchomiono aparaty dezynfekcyjno-dezynsekcyjne i kąpielowe. W r. 1931 nawiedziła Wileńszczyznę olbrzymia klęska powodzi. Okręg Wileński P. C. K. zorganizował akcję ratowniczą na wielką skalę: 7 punktów sanitarno - żywnościowych udzieliło pomocy w 234 wypadkach, nakarmiono 6.651 osób, urządzono schronisko na 300 ludzi. Do dwóch powiatów wysłano kolumny dezynfekcyjno - kąpielowe i beczkowozy dla odkażania wody. W roku 1934 P. C. K. podjął energiczną walkę z tyfusem plamistym we Wschodniej Małopolsce, na Polesiu w powiecie Stolińskim i Łuninieckim, na Wołyniu i Wileńszczyźnie, wysyłając tam kolumny dezynfekcyjno - kąpielowe i rozdając bieliznę i pościel. W War-

szawie w r. 1934 współdziałał energicznie z władzami w opanowaniu tyfusu plamistego i przeprowadził przy pomocy pociągu dezynfekcyjno - kąpielowego i kolumn dezynfekcyjno - kąpielowych dezynfekcję 365 pomieszczeń, udzielając kąpieli setkom ludzi.

I w ostatniej powodzi, która tak boleśnie i ciężko dotknęła nasz kraj, P. C. K. na pierwszą wieść o klęsce stanął na posterunku. Dokładne ujęcie całokształtu jego pracy w tym czasie będzie możliwe dopiero po całkowitem jej ukończeniu, bowiem akcja sanitarna i humanitarna prowadzona



Kąpielisko

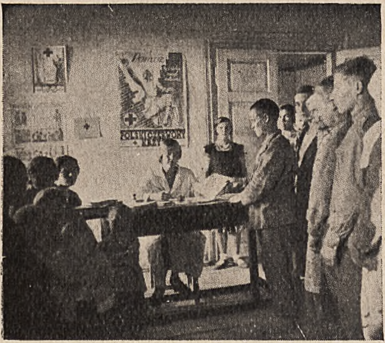
przez P. C. K. na niektórych terenach nawiedzonych przez powódź trwa jeszcze. Dla udokumentowania jednak rozmiarów dokonanej już pracy, podać należy, że jeden tylko Krakowski Okręg P. C. K. przeprowadził na swym terenie 10.000 szczepień ochronnych, udzielił około 15.000 porad lekarskich, wykąpał przeszło tysiąc osób i rozdał ponad 100.000 sztuk odzieży.

Oczywiście, wspominamy tu jedynie akcję prowadzoną w szerokim zakresie. W całym szeregu drobniejszych wypadków powodzi, czy nagminnie szerzących się po wsiach i małych miasteczkach pożarów — miejscowe Okręgi i Oddziały P. C. K. śpieszą ludności z pomocą sanitarną, odziewają i karmią, stając na czele akcji pomocy Lokalnych Komitetów.

Polski Czerwony Krzyż prowadzi 95 placówek sanitarno-społecznych. Skala tej pracy jest olbrzymia — od wzorowego sanatorjum w Zakopanem, aż po skromną dwupokojową poradnię lub przychodnię przeciwgruźliczą gdzieś w Radzyniu, czy w Biłgoraju. Nie możemy w krótkim artykule dać szczegółowej statystyki, aby przekonać społeczeństwo, jak w olbrzymich liczbach porad, pomocy i zabiegów przedstawia się ta samarytańska praca.

Musimy jednak sięgnąć po cyfry dla unaocznienia imponujących wyników działalności ruchomych kolumn okulistycznych (przeciwjagliczych), prowadzonych przez P. C. K. na Wileńszczyźnie.

Od roku 1930 do 1934 udzielono tamtejszej ludności 252.393 porad okulistycznych i wykonano 21.460 operacyj i zabiegów. Trzeba uprzytomnić





Lotne kolumny okulistyczne

sobie, ilu w tem ludzi ocalono od kalectwa ślepoty, ilu przywrócono wzrok, ilu nauczono szanować i pielęgnować skarb największy człowieka — oczy, aby właściwie ocenić tę humanitarną pracę.

Na szlakach samochodowych P. C. K. współdziałał z władzami samorządowemi w organizacji t. zw. „posterunków ratowniczych drogowych“, mianowicie u dróżników pomieszczono apteczki podręczne z kompletem lekarstw i opatrunków, aby w razie wypadku samochodowego cały materjał potrzebny do udzielenia pomocy był pod ręką. Posterunków takich jest w różnych punktach kraju 323. Okręgi i Oddziały P. C. K. urządzają w swych siedzibach parodniowe kursy ratownictwa dla dróżników i kompletują w miarę potrzeby materjał apteczek. Wszystkie autobusy, kursujące na polskich drogach, muszą posiadać apteczki P. C. K. Apteczek tych skompletowano i oddano do użytku do końca 1933 roku — 1465.

W roku ubiegłym rozpoczęto akcję propagandy higjeny na wsi w porozumieniu ze Stowarzyszeniem Zjednoczonych Ziemianek; do akcji tej wydelegowano na razie 8 zawodowych sióstr. Ponadto P. C. K. prowadzi obecnie 3 ośrodki zdrowia, w których się koncentruje pomoc

sanitarna dla środowisk wiejskich i małych miasteczek w odnośnych powiatach.

Ponadto w Okręgach i Oddziałach P. C. K. dział opieki nad dzieckiem jest jednym z pierwszych punktów ich społecznej działalności. P. C. K. prowadzi 18 stacyj opieki nad matką i dzieckiem, 6 kolonij letnich, 2 krople mleka i ochronkę. Niezależnie od tego, we wszystkich działach pracy sanitarnej P. C. K. sprawy, związane z higjeną i zdrowiem dziecka, są wysuwane na pierwszy plan.

Wspaniale się rozwija praca Polskiego Czerwonego Krzyża Młodzieży. Idzie ona w dwóch kierunkach: sanitarnym i humanitarnym. Organizacyjnie grupuje się ona w Kołach, których jest dziś w Polsce przeszło 2000 z ogólną liczbą nieomal 150.000 członków. Cyfry powyższe wskazują, że jest to potężne ugrupowanie młodzieży polskiej i organizacja o wielkiej przyszłości, bowiem liczba Kół i członków wzrasta z dnia na dzień.

Działalność Polskiego Czerwonego Krzyża wyszła już obecnie i poza granice kraju. Mamy swoje czerwonokrzyskie agendy w Rosji i Belgji, gdzie P. C. K. prowadzi humanitarną pracę za pośrednictwem specjalnych delegatów. Delegatką P. C. K. na Rosję jest małżonka znakomitego pisarza rosyjskiego, Gorkiego — pani Pieszkowa. Współpracuje ona z P. C. K. już od czasów wojny polsko - bolszewickiej i wiele dobrego zdziałała na swym ważnym posterunku.

Delegat P. C. K. w Belgji, p. Sławski prowadzi owocną pracę humanitarną wśród wychodźców górników. P. C. K. liczy w Belgji 1.000 członków i tworzy całkiem samodzielną organizację.

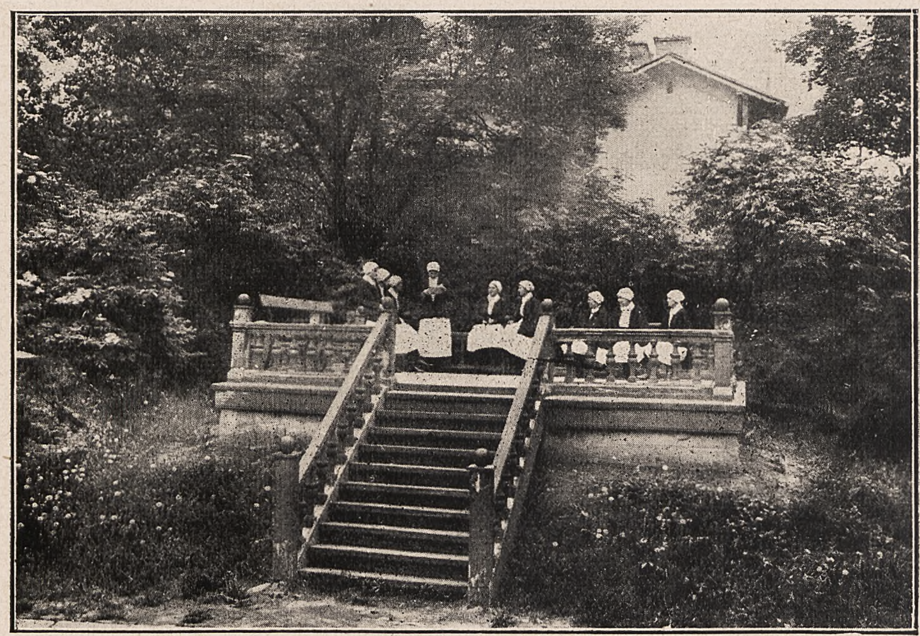
Poza tem P. C. K. podtrzymuje ożywione stosunki ze wszystkiemi nieomal państwami, przeprowadza wywiady w sprawach Polaków b. wojskowych armij zaborczych, emigrantów, poszukuje na prośbę rodzin, Polaków zamieszkałych w całym świecie.

Na zakończenie muszę powiedzieć kilka słów o dziedzinie, która najwięcej winna interesować moje łaskawe czytelniczki, mianowicie o szkoleniu i opiece nad zawodowemi siostrami P. C. K.

Otóż Polski Czerwony Krzyż prowadzi dwie szkoły pielęgniarskie: w Warszawie i w Poznaniu. Szkoła w Warszawie istnieje od roku 1929, mieści się w pięknym ogrodzie, przy Szpitalu Głównym P. C. K. i wykształciła 122 absolwentki. Szkoła w Poznaniu jest założona w r. 1921, ukończyło ją 200 pielęgniarek. Obecnie Zarząd Główny P. C. K. opracowuje plany pięknego specjalnego gmachu dla Szkoły w Poznaniu.

Wszystkie sprawy służbowe sióstr P. C. K. koncentrują się w Sekcji Głównej Sióstr przy Zarządzie Głównym w Warszawie, siostry pracujące w Okręgach P. C. K. znajdują się pod opieką Sekcyj Okręgowych,

które starają się o to, aby silnemi i serdecznemi węzłami związać siostry P. C. K. z ich macierzystą organizacją. Siostry zawodowe P. C. K. mają Dom Macierzysty w Warszawie, dom wypoczynkowy w Zakopanem, korzystają z bezpłatnego, względnie ulgowego leczenia w Sanatorjum w Zakopanem. Dla sióstr - inwalidek utworzono specjalne Schronisko w Bydgoszczy, gdzie bez troski o chleb i dach nad głową mogą zażywać spokoju po ciężkich trudach pracy zawodowej.



Szkoła P. C. K.

Dobrze wyszkolony, zwarty organizacyjnie i uspołeczniony Korpus Sióstr jest jednym z fundamentalnych działów Polskiego Czerwonego Krzyża.

Tak oto w najkrótszem streszczeniu przedstawia się praca Polskiego Czerwonego Krzyża. Dziś jest on już potężną organizacją i niewiele jest zakątków w kraju, gdzieby nie było Oddziału lub Koła P. C. K., gdzieby nie znano jego zadań i celów. Polski Czerwony Krzyż liczy obecnie 15 Okręgów, 325 Oddziałów i 150 Kół; prowadzi w kraju 160 instytucyj własnych; posiada nieruchomości wartości przeszło 9 miljonów złotych.

Polski Czerwony Krzyż dobrze zasłużył się Ojczyźnie! Obowiązkiem każdego obywatela jest znaleźć się jako członek w jego szeregach. Wszystkie pielęgniarki polskie winny, przez zapisanie się do rezerwy Korpusu Sióstr uzyskać zaszczytne miano „Siostry Polskiego Czerwonego Krzyża“.

Marja Ulrichsowa

Trochę wspomnień z pierwszych lat pracy
Polskiego Czerwonego Krzyża

Polski Czerwony Krzyż ukonstytuował się 27-go kwietnia 1919 roku, dnia tego wybrano członków pierwszego Komitetu Gł. w liczbie 30. W parę dni później nastąpiły wybory do Zarządu Głównego, wyłonionego z powyższego Komitetu, jednocześnie Rząd Polski mianował hr. Władysława Tyszkiewicza — Komisarzem do spraw Czerwonego Krzyża. W skład pierwszego Zarządu weszli: Prezes — ks. Sapieha, wiceprezesi — ord. Bisping i p. Przyjemska, skarbnik i sekretarz p. Edward Boniecki.

Rozpoczęła się odrazu praca usilna, gorączkowa. Coraz to nowe zadania powierzano młodemu Czerwonemu Krzyżowi: opieka sanitarna nad wojskiem, organizowanie pielęgniarstwa, wymiana jeńców z Rosją Sowiecką, walka z tyfusem plamistym, gremjalny powrót uchodźców z Rosji i t. d. Wszystko było pilne, konieczne, nieodzowne. Wszystko trzeba było załatwiać w tempie przyśpieszonem, działając szybko, sprawnie, będąc w stałem pogotowiu do coraz to innej pracy.

W tych pierwszych miesiącach powojennych tkwił w ludziach zapał, rodzący niezwykłą szybkość decyzji. Nowozałożona Liga Czerwonych Krzyży w Genewie wiedziała już o strasznych warunkach sanitarnych, panujących w niektórych częściach Polski. Przyrzekła niezwłocznie swoją pomoc dla walki z tyfusem plamistym, tą groźną klęską, która była podówczas prawdziwą zmorą Europy.

Już w sierpniu roku 1919 zjechała do Warszawy pierwsza misja delegowana przez Ligę Czerwonych Krzyży, złożona z kilkunastu wybitnych lekarzy, przedstawicieli różnych narodowości.

Po krótkiej bytności w Warszawie, podczas której delegacja była w stałej styczności z Polskim Czerwonym Krzyżem, misja lekarska wyjechała w głąb kraju do miejscowości, w których epidemja tyfusu najbardziej dawała się we znaki.

Po przeszło dwutygodniowych objazdach misja powróciła do Warszawy i po odbytych naradach wysłała do centrali Ligi depeszę, zawierającą cyfrowe dane, dotyczące materjałów niezbędnych do rozpoczęcia walki z tyfusem plamistym. Zacytujemy kilka wymownych cyfr: bielizna i koce dla 200.000 osób, 2 tysiące tonn mydła, materjał szpitalny dla 100 szpitali po 300 łóżek każdy, tysiąc pralni mechanicznych. Jednocześnie zaznaczono, że trzeba zaangażować na rok czasu 50 lekarzy i 100 pielęgniarek.

W jesieni Liga rozpoczęła wielką kampanję przeciwtyfusową, którą można zaliczyć do najszczytniejszych kart jej działalności.

Tej samej jesieni Polski Czerwony Krzyż nawiązał pierwsze rokowania z Rosją Sowiecką i przeprowadził wymianę jeńców, ratując w ten sposób życie tysiącom jednostek.

Latem 1920 runęła na Polskę nawała bolszewicka. Nastały dni pełne grozy, napięcia, strasznego wyczekiwania. Czerwony Krzyż stanął wobec olbrzymiego zadania i musiał wszystkiemu podołać. Trwała nieustająca praca na froncie i na tyłach. Na linji frontu pracowało 15 szpitali Czerwonego Krzyża, na tyłach było ich 13. Sześć pociągów sanitarnych było w ciągłym ruchu, prócz tego pełniły nieprzerwanie służbę lotne kolumny,

czołówki, punkty sanitarne, punkty odżywcze, szpitale polowe i t. d. Wszystkich pracujących wtenczas pod znakiem Czerwonego Krzyża ogarnął duch poświęcenia, który podwajał siły i pomagał w wykonywaniu nadludzkich nieraz wysiłków.

Polski Czerwony Krzyż cieszył się wówczas ogromną popularnością, ilość członków urosła do miljona, wszyscy odruchowo chcieli pomagać młodej i sympatycznej instytucji i garnęli się do jej szeregów. Młody Czerwony Krzyż rozwijał się z niesłychaną szybkością, nabierał sił i rozmachu, czuł się niezbędnym i to poczucie było najlepszym bodźcem dla tych wszystkich, którzy pracowali pod jego znakiem.

Nie można tutaj przemilczeć uczynnej i hojnej pomocy Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, który miał wtenczas ekspozyturę swoją w Polsce i pomagał nam we wszystkich zakresach. Każdy, kto wtenczas pracował w Czerwonym Krzyżu, stykał się nieustannie z Amerykanami. Misje Amerykańskiego Czerwonego Krzyża jeździły po kraju i niosły pomoc tam, gdzie była największa tego potrzeba. Amerykanie wykazali naogół wielką sprawność i prawdziwy zapał w pracy.

Wojna z bolszewikami ustała. Rozpoczął się na wielką skalę powrót uchodźców z Rosji Sowieckiej. Dziesiątki tysięcy wyczerpanych, zgłodniałych, wykolejonych ludzi zaczęło wracać do odrodzonej Ojczyzny. Na całej linji granicznej, w Baranowiczach, Słonimiu, Łunińcu, Szepietówce, Równem organizowano punkty odżywczo - sanitarne i szpitale. Czerwony Krzyż witał powracających, roztaczał nad niemi opiekę sanitarną, przeprowadzał dezynfekcję, leczył, żywił, ubierał dziesiątki tysięcy ludzi, opiekował się rozbitkami, ułatwiał im wedle możności pierwszy okres powrotu, opiekował się dziećmi.

Jakież to było ogromne pole pracy dla pielęgniarek P. C. K., z jakiem poświęceniem pełniły one swoją służbę w szpitalach i na punktach sanitarno-odżywczych! A praca ta żmudna i wyczerpująca wymagała wielkiego zaparcia się siebie i cichego bohaterstwa, które nie ustępowało odwadze i poświęceniu wykazywanym podczas wojny.

Już pod koniec roku 1922 fala repatrjantów zaczęła się powoli zmniejszać, życie zaczynało być normalne, wchodziło na pewne określone tory. Olbrzymie zadanie czekało tych wszystkich, którzy przystępowali do pracy w zmartwychwstałej Polsce. Przed Polskim Czerwonym Krzyżem otwarło się ogromne pole wielkiej i szczytnej działalności pokojowej.

Zofja Wołłowiczowa

Pielęgniarki! zapisujcie się na członków

Polskiego

Czerwonego

Krzyża

Obserwacja chorego

Chora z rozpoznaniem: Ciąża pozamaciczna

Chora X., lat 25, przywieziona została na naszą klinikę [1]) przez karetkę pogotowia o godzinie 1-szej po południu z typowemi objawami krwotoku wewnętrznego. Całe ciało i twarz blada z sinicą wokoło ust i nosa, rysy zaostrzone, tętno ledwo wyczuwalne, nitkowate. Ciężki stan utrudnia zebranie anamnezy. Pacjentka, oszołomiona naskutek silnej anemji mózgu, z trudnością odpowiada na pytania. Lekarz dowiaduje się jednak, że bóle, które obecnie chora odczuwa w całym brzuchu, zaczęły się nagle o godzinie 11-ej, a umiejscowione były początkowo po lewej stronie brzucha. Podczas pierwszych ataków bólów, pacjentka mdlała kilkakrotnie. Obecnie, prócz bólów, skarży się na osłabienie, szum w uszach i osłabienie wzroku, wyrażające się „lataniem płatków przed oczami“ i w zatartych konturach otaczających ją osób, co chorą mocno niepokoi. Skarży się na silne pragnienie, którego nie można zaspokoić ze względu na możliwość natychmiastowej operacji.

Po zbadaniu ginekologicznem postawiono diagnozę: *graviditas extrauterina sinistra rupta* (pęknięcie lewostronnej ciąży pozamacicznej). O godzinie 1.25 przystąpiono do zabiegu operacyjnego. W czasie operacji (po podwiązaniu naczyń) zrobiono injekcję 500 cm³ roztworu fizjologicznego soli + 8 kropel sol. adrenalini 1‰ oraz injekcję 15 cm³ ol. camphorae 20% + 2 cm³ sol. coffeini n. b. 10%. — Nazwa zabiegu operacyjnego: *adnexotomia sin.* (wycięcie przydatków lewostronnych).

Po operacji pacjentkę położono na łóżku ogrzanem, aby umożliwić jak najlepsze ukrwienie mózgu i powłok, głowę ułożono jak najniżej, łóżko w nogach podniesiono do góry (stawiając poprzeczną ramę na stołku), a następnie głowę i ręce obłożono ciepłemi termoforami. Tętno po zabiegu bardzo szybkie, około 140. W 30 minut po ukończeniu operacji, zrobiono powtórnie hypodermoklizę z 500 cm³ roztw. soli fizjol. + 8 kr. sol. adren. 1‰.

Po obudzeniu się, chora bardzo spokojna, robi wrażenie że śpi, jednak przy każdem podejściu do niej, otwiera oczy. Nadal jest bardzo blada, sinica jednak stopniowo znika. Bóle w dole brzucha, które zjawiły się zaraz po obudzeniu, nasilają się coraz bardziej. Moczu sama oddać nie może. O godzinie 12-ej w nocy pielęgniarka, na zlecenie lekarza, ściągnęła cewnikiem mocz w ilości 300 gr, oraz zrobiła injekcję 1 cm³ sol. morph. mur. 1%. Chora drzemała całą noc. Od skończenia operacji wymiotowała dwa razy treścią pokarmową.

Następnego dnia temperatura 37.7, tętno 130 znacznie już lepiej napięte. Występują objawy lekkiego podrażnienia otrzewnej: brzuch nieco wzdęty,

---

[1]) Klinika ginekologiczna Uniwersytetu Warszawskiego. Pacjentka przebywała na oddziale szkolnym Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

bolesny przy dotyku, dość twardy. Gazy nie odchodzą. Chorą męczą odruchy wymiotne i czkawka. Łóżko ustawiono normalnie, zostawiając nadal ciepłe worki na głowie i rękach. Chora odczuwa silne pragnienie, pije dużo, najchętniej czystą wodę, wypija około 600 gr. w ciągu dnia.

Dla unormowania i podtrzymania akcji serca, chora otrzymuje injekcje 5 cm^3 ol. camph. 20% + 1 cm^3 sol. coff. n. b. + 1 amp. digipuratu. Mocz oddaje normalnie. Wieczorem tegoż dnia chora zaczyna się skarżyć na uczucie ucisku w okolicy serca; ułożenie nieco wyżej sprawia jej dużą ulgę. W ciągu nocy wcale nie śpi.

Trzeciego dnia temperatura 37.2, tętno 100. Zrobiono enemę, po której odeszło dosyć dużo gazów. Samopoczucie chorej uległo dużej poprawie, szczególniej duszność i ucisk znacznie się zmniejszyły. Wieczorem do kiszki stolcowej włożono dren, przez który odeszło sporo gazów. Pacjentka otrzymuje nadal injekcje z ol. camphorae i digipuratu. Przez całą noc chora śpi z małemi przerwami.

Przez dalszych parę dni temperatura i tętno — te same. Stan chorej bardzo widocznie zmienia się na korzyść z godziny na godzinę.

Ponieważ zachodziła możliwość powikłania ze strony płuc, więc gdy tylko ustąpiły objawy otrzewnowe, pielęgniarki układały pacjentkę to na jednym, to na drugim boku, zmieniając pozycję kilka razy na dzień, zmywały plecy wodą i nacierały je spirytusem, oraz często przypominały chorej o głębokich wdechach.

Od szóstego dnia po operacji chora otrzymywała co drugi dzień injekcję 10 cm^3 hemoplas Lumière, które, jako surowica, miało dodatnio wpływać na zwiększanie się liczby czerwonych ciałek krwi.

Dieta chorej w pierwszym tygodniu składała się przeważnie z kaszek, rosołów i soku z pomarańczy; od szóstego dnia stopniowo dodawano bułkę, jarzyny i białe mięso.

Dziewiątego dnia lekarz zdjął klamerki z rany zagojonej *per primam intensionem*.

Siedemnastego dnia nasza pacjentka opuściła klinikę zdrowa, jednak ze zleceniem forsownego odżywiania się, gdyż blada cera i zawroty głowy dawały jej się jeszcze we znaki.

Hypodermokliza

Poniżej podaję opis hypodermoklizy według systemu, wykładanego i stosowanego w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa.

Hypodermoklizę stosuje się w wypadkach silnego odwodnienia organizmu, gdy akcja serca jest osłabiona, a ciśnienie krwi zmniejszone. Do zabiegu tego używa się najczęściej roztworu fizjologicznego soli lub 5% glukozy (silniejszy roztwór cukru gronowego sprzyja powstawaniu ropni).

Adrenalinę dodajemy do roztworu w razie bardzo obniżonego ciśnienia krwi. Płyn musi być o temp. 38°, zabieg zaś należy wykonać aseptycznie, oraz z wielką ostrożnością, gdyż w przeciwnym razie może powstać: 1) zakażenie, 2) wprowadzenie powietrza i naskutek tego martwica okolicznych tkanek, lub zakrzep, o ile powietrze dostanie się do naczyń krwionośnych.

Rzeczy potrzebne do zabiegu: Odpowiedni płyn, aparat Bobrowa lub lejek z drenem, długie igły, dwie pensety, kilka wacików i dwa gaziki, pałeczki do jodyny, eter, jodyna, plaster, nerka i dwie serwetki wyjałowione. Do mycia rąk przygotować należy szczotkę, mydelniczkę, mydło, wykałaczki do czyszczenia paznogci.



Taca przygotowana do zastrzyku soli fizjologicznej

Przygotowanie do zabiegu: Aparat Bobrowa bez pompki, lub lejek okręcony gazą gotujemy przez 10 min. w sterylizatorze, wraz z mydelniczką, szczotką, wykałaczkami; pensety wrzucamy do gotowania już do wody gorącej, igły zaś, po sprawdzeniu drożności, gotujemy przez 3 minuty. Płyn podgrzewamy na gazie, stawiając kolbę na podstawce azbestowej.

Na tacy rozkłada się do połowy serwetkę wyjałowioną, na niej kładzie się: korek z drenem od aparatu, pensetki, waciki, gazik, pałeczki do jodyny, igły i drugą serwetkę wyjałowioną, poczem przykrywa się to wszystko drugą połową serwetki. Po przeciwnej stronie tacy stoi aparat z odpowiednią ilością płynu, przykryty gazikiem sterylizowanym, eter, jodyna, plaster i nerka.

Injekcję można robić: 1) po zewnętrznej stronie uda, gdyż to miejsce jest wolne od większych pni naczyń krwionośnych i nerwów, 2) w pierś ponad brodawką, 3) w brzuch poniżej pępka w linji bocznej, 4) u dzieci w górną część pleców.

P r z y g o t o w a n i e c h o r e g o zależy od miejsca, w które robimy zastrzyk. O ile robimy zastrzyk w udo, przesuwamy nogę na brzeg łóżka i odchylamy przykrycie w tem miejscu; o ile w brzuch, przykrycie „wachlujemy“ do linji brzucha, podwijamy koszulę (klatka piersiowa przykryta jest kocem); o ile robimy zastrzyk w pierś, zdejmujemy rękaw po stronie zastrzyku, resztę ciała otulamy przykryciem.

T e c h n i k a z a b i e g u

Pierwsza pielęgniarka, po przygotowaniu tacy, myje ręce przez pięć minut, druga pielęgniarka stawia tacę obok łóżka, odkrywa tacę „wachlując“ serwetkę i zdejmuje gazik z przyrządu Bobrowa. Pierwsza wkłada korek do przyrządu, nie dotykając samego przyrządu, druga poprawia korek i nasuwa klapę. Pierwsza łączy dren z igłą, kładzie serwetkę obok miejsca zastrzyku i zmywa skórę eterem, poczem jodynuje, następnie ujmuje igłę, osadzoną na drenie. Druga pielęgniarka, pompując wypuszcza powietrze, pierwsza sprawdza nad nerką temperaturę płynu. Następnie lewą ręką chwyta mięsień, prawą wbija igłę. Przez cały czas zabiegu przytrzymuje igłę prawą ręką, a lewą wacikiem rozciera skórę w kierunku idącego płynu, obok igły, nigdy na jej przedłużeniu. Po wprowadzeniu odpowiedniej ilości płynu, pierwsza pielęgniarka szybkim ruchem wyciąga igłę i kładzie ją na nerkę, druga zaś jodynuje miejsce ukłucia, pierwsza przykłada gazik sterylizowany i przykleja go plastrem, podanym przez drugą pielęgniarkę, która następnie odłącza igłę od drenu i wysuwa korek z przyrządu.

U w a g a. Płynu w jedno miejsce można wpuścić 500 cm^3, a ogółem 1000 cm^3. Tkanka nasycona płynem staje się żółtawo - biała, co jest wskazaniem przerwania zabiegu, lub zmiany kierunku igły. Igłę wbija się podskórnie (na zlecenie lekarza — domięśniowo). Przy zmianie kierunku igły ujmujemy mięsień, wyciągamy igłę na $^3/_4$ jej długości i, zmieniając kierunek, wbijamy ją ponownie.

S p r z ą t a n i e po ukończonym zabiegu. Pielęgniarki płuczą i wycierają aparat, korek wraz z drenem wieszają do wyschnięcia, przepłukują igły i wysuszają je pompką; nerkę, pensety i tacę myją i wycierają, poczem chowają przedmioty na swoje miejsce.

Janina Pacewiczówna
Absolw. W. S. P.

Dokształcanie personelu pielęgniarskiego podczas pracy

ERRATA

W artykule p. t.: „Nadzór nad personelem pielęgniarskim w Ameryce“ (Pielęgniarka Polska Nr 5 — 6. 1934) zdanie na str. 120, wiersze 8, 9, 10, od góry powinno brzmieć: „Musi wzbudzić w nich zaufanie i przekonanie, że ona sama zna dobrze powierzoną sobie pracę i jest expertem w każdym dziale.“

W uprzednim artykule p. t. „Nadzór nad personelem pielęgniarskim w Ameryce“ („Pielęgniarka Polska“ Nr. 5 — 6, 1934) omówiłam istotę i metody nadzoru. Z wielu poruszonych w nim spraw wynikło, że dopełnieniem nadzoru jest d o s z k a l a n i e. Sposoby tego doszkalania omówię w niniejszym artykule.

Zaznaczam, że podając metody dokształcania personelu podczas służby, ujmować je będę raczej ogólnie, to znaczy, że nie będę robiła różnicy między personelem pełnokwalifikowanym, a niedostatecznie, lub wcale nie kwalifikowanym. Inteligentny czytelnik zgodzi się ze mną, że wszystkie punkty przedstawione poniżej dadzą się, choć nie odrazu, zastosować w obu przypadkach. Różnica polegać będzie na czasie trwania i nasileniu stosowanych metod działania, w zależności od jakości personelu.

Dokształcanie podzielić możemy na: doszkalanie indywidualne, zbiorowe i samokształcenie.

Rozpatrzmy najpierw s z k o l e n i e i n d y w i d u a l n e. Szkoleniem tego typu nazywam zajęcie się jednostką, a nie grupą. Zgóry powiedzieć można, że jest to dość kosztowne, jeśli chodzi o czas szkolącego, ale bardzo wydajne, bo pozwala na dokładne poznanie szkolonej jednostki i na uzupełnianie właśnie tylko jej wykształcenia. Dla jednostki szkolonej metoda taka jest zawsze ekonomiczniejsza, bo nie zmusza do wysłuchiwania dyskusyj o materjale już znanym, a natomiast daje jej możność zastanowienia się nad rzeczami nowemi, pozwala na dalsze pytania, a zatem pogłębianie przedmiotu i wchłanianie nowych idej w tempie, do jakiego umysł jej z natury swej jest zdolny.

W związku z dokształcaniem podczas służby, będącem tematem niniejszego artykułu, doszkalanie indywidualne podzielić można na wprowadzanie do instytucji nowoprzyjętej pracowniczki i szkolenie jednostki, wykazującej pewne określone braki, różniące ją od reszty pracującego zespołu.

Omówię kolejno oba te działy.

Wprowadzając nową pracowniczkę, nie zapomnijmy przedewszystkiem zapoznać jej dokładnie z terenem i personelem. A więc oprowadzając po gmachu, będącym terenem pracy, należy pokazać, gdzie złożyć zwierzchnie ubranie, zmienić mundur i t. p.; zaznaczyć czy fartuchy pielęgniarskie są

dostarczane przez instytucję, w jakiej ilości, kiedy i u kogo są do odebrania. Nie należy zapominać o wskazaniu ubikacji i umywalni.

Moment zapoznania z personelem jest niezmiernie ważny. Należy przedstawić pracowniczkę jej zwierzchnikom i zapoznać z koleżankami. Również służba winna być powiadomiona o nowej pracowniczce i jej przedstawiona. Zachowanie się „starszej“ przy witaniu i oprowadzaniu pracownicy częstokroć decyduje o powodzeniu tej ostatniej lub o trudnościach w pracy. Bo rozważmy: o ile kierowniczka ustosunkuje się do nowej pracownicy niechętnie lub drwiąco — wszyscy, od zwierzchników - lekarzy do służby, odczują to momentalnie, i jakież trudności biedna dziewczyna spotka zaraz na początku!

Nie należy zapominać, że nowa pracownica nie czuje się nigdy dobrze, bo pierwsze wejście w „nieznane“ nigdy nie jest miłe i napawa raczej lękiem. Zwłaszcza osobniki rzetelne, sumienne, mają wątpliwości, czy sprostają swoim obowiązkom.

Miłe przyjęcie, okazanie zaufania, że się wierzy w zdolności pracownika, że jest on rzeczywiście potrzebny, że na niego robota czeka, a instytucja może liczyć — są pierwszorzędnego znaczenia.

Dokonać tego można prostym sposobem. Przy przedstawianiu zwierzchnikom powiedzieć kilka życzliwych, ale zgodnych z prawdą, słów o kwalifikacjach i zaletach nowej pracowniczki, dając w ten sposób i zwierzchności pojęcie, czego może od „nowej“ oczekiwać. Postępowanie pełne życzliwości i pewnego uznania postawi odrazu nową pracowniczkę na właściwem miejscu wobec koleżanek i służby.

Zaznaczyć pragnę jeszcze, że kierowniczka, wprowadzając nową pracownicę, nie zawsze może w danej chwili zapoznać ją ze wszystkimi zwierzchnikami. Zrobi to przy innej okazji. W szpitalu uprzedzi wszystkich lekarzy danego oddziału o zmianie wśród pracownic. Nową pielęgniarkę pouczy, że powinna przedstawić się każdemu lekarzowi, wyraźnie wymawiając nazwisko, oraz zawiadomić go o objętem przez siebie stanowisku np. siostry salowej, oddziałowej i t. p. W 99% — lekarz przedstawi się jej również, a jeśliby tego nie uczynił, niech pielęgniarka, po zanotowaniu jego zleceń, poprosi go o „powtórzenie“ nazwiska, albowiem „nie dosłyszała, gdy je mówił...“ To samo zresztą zrobi, gdy rzeczywiście nie dosłyszała, lub nie zrozumiała nazwiska lekarza.

Kierowniczka wręcza nowej pielęgniarce listę personelu pracującego: lekarzy, pielęgniarek i służby, gdzie obok nazwisk są podane stanowiska lub zakres obowiązków.

Wprowadzając nowoprzyjętą w zakres jej pracy, dokładnie zaznajamia ją z rodzajem jej obowiązków i odpowiedzialności. Dobrze dla obu stron jest mieć to na piśmie. Nie należy nigdy zapominać o umieszczeniu punktu,

że pielęgniarka może być powołana do wykonania innych, nie wymienionych obowiązków, według uznania kierowniczki i na jej zlecenie. To zapewnia furtkę dla wypadków nieprzewidzianych.

Poza tem należy zaznajomić dokładnie z organizacją, ustrojem i zadaniami instytucji, oraz z rozkładem prac (początek i koniec pracy, przerwy na posiłki, ich godziny; na oddziałach szpitalnych — rozkłady dyżurów, czas przyjścia i odejścia z oddziału, pory posiłków chorych, sprzątania przez służbę, godziny wizyt lekarskich, operacyj, opatrunków, zabiegów i t. d., w ośrodkach zdrowia — godziny przyjęć lekarskich, wywiadów, rejestracji, pisania sprawozdań i t. d.).

Gdy nowa pielęgniarka pozna dokładnie zakres swych obowiązków, należy zażądać od niej ułożenia sobie planu pracy i w tem jej dopomóc. Omówię to trochę szerzej.

Jako przykład, weźmy salową w szpitalu. Prócz ogólnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem i prócz zabiegów, należy do niej zmiana pościeli, nadprogramowe porządki, kąpiele chorych, mycie głów i t. p. Istnieją zatem czynności codzienne i inne — odbywające się kilka razy na tydzień. W ramach swego codziennego dyżuru pielęgniarka musi rozłożyć sobie pracę tak, aby wszystko zostało wykonane. Nie może więc uplanować sobie, że dokona dwu czynności dodatkowych jednego dnia, np. zmiany pościeli i mycia głów, zwłaszcza, o ile na czynności te system pracy danego szpitala przeznacza tę samą porę. Kierowniczka musi pobudzić myśl pielęgniarki tak, aby ta ostatnia umiała wyzyskać każdą wolną chwilę, np. oczekiwanie na obchód lekarski, lub obiad chorych. W tych wolnych chwilach może wykonać część pracy, przeznaczonej na później i w ten sposób zaoszczędzić sobie trochę czasu i zapobiec mogącym nastąpić z przyczyn od pielęgniarki niezależnych, opóźnieniom.

Kierowniczka wpaja w pielęgniarkę salową przekonanie, że obowiązkiem jej, prócz pielęgnowania, jest również wdrażanie chorego do przyzwyczajeń z zakresu higjeny i zwalczanie jego przesądów. Pielęgniarka salowa musi nauczyć się wyzyskiwać każdy wolny moment na nauczanie pacjentów i mieć to nauczanie stale na uwadze.

Pomoc w rozkładzie pracy pielęgniarki dzielnicowej w ośrodku zdrowia będzie polegała na rozejrzeniu się, które rodziny najpierw mają być odwiedzane, oraz w częstości odwiedzin. Rola kierowniczki polegać będzie na pomocy w rozłożeniu czasu między szkoły (o ile higjena szkolna wchodzi w zakres obowiązków pielęgniarki dzielnicowej) a odwiedziny domowe. Omawia też z pielęgniarką plan pracy w rodzinach danego typu, lub indywidualnie w poszczególnych rodzinach wyjątkowo trudnych. Musi również obznajmić pielęgniarkę z systemem sprawozdań i rejestracji.

Przez cały ten okres wprowadzania nowej pielęgniarki, kierowniczka musi uważać, aby za nią nie myśleć, za nią nie robić planu pracy. Wła-

ściwy plan musi być zrobiony przez samą pracownicę, a kierowniczka jedynie go poprawia, o ile naprawdę znajdzie w nim niedokładności lub sprzeczności. Nie poprawia go jednak apodyktycznie; przeciwnie, raczej podsuwa tylko propozycje zmian, podając motywy, dla których uważa, że są one potrzebne.

Ta pomoc przy planach pracy jest szczególniej ważna, gdy idzie o nową instruktorkę klasową, szpitalną, czy pielęgniarkę oddziałową, gdyż głównem ich zadaniem jest uczenie i kierowanie innymi. Roztrząsanie tego działu przerasta jednak ramy niniejszego artykułu, odłożę je więc na kiedyindziej.

Kierowniczka musi bacznie obserwować nowozaangażowaną, aby wiedzieć, jak się ona zabiera do pracy i jak sobie daje radę. Dlatego dobrze jest odwiedzać częściej taką pracownicę. Dobrze jest także wprowadzić na okres pierwszych 2 — 4 — 6 tygodni, zależnie od rodzaju pracy, specjalny rodzaj sprawozdań, gdzie pracowniczka sama notuje to, czego zapomniała zrobić, co zrobiła źle, co jej sprawiało trudność.

Ważnem jest nieprzeciążanie nowej zbytnią pracą, aby jej dać czas na przystosowanie się do nowych warunków i okrzepnięcie. Trzeba pozwolić jej „startować z mniejszym ładunkiem“, uprzedzając jednak, że tak być może przez krótki okres czasu. O całości jej obowiązków należy powiadomić ją od początku. Życzliwość kierowniczki. jak już pisałam w uprzednim artykule, napełni pracownicę zaufaniem. Kierowniczka musi się strzec obudzenia w swej nowej podwładnej obniżonego pojęcia o sobie: „ja nie umiem, ja nie mogę, to nad moje siły, jeszcze nie teraz“ i t. p. A zatem pomoc w każdym wypadku musi być bardzo umiejętnie oraz indywidualnie stosowana i dozowana.

Podczas okresu wprowadzania nowej pielęgniarki, napewno wyjdą na jaw pewne braki w jej przygotowaniu. Musimy zresztą liczyć się z tem zgóry, przyjmując kogoś do zupełnie nowego działu pracy, w którym nigdy jeszcze nie pracował. W tym wypadku możemy pomóc do uzupełnienia braków wskazaniem odpowiednich książek, prawidłowemi demonstracjami, dyskusją.

Często, zwłaszcza w pielęgniarstwie społecznem, zdarza się przysyłanie pielęgniarek do większych ośrodków zdrowia na kilkomiesięczną praktykę. W tym wypadku to, co powiedziałam uprzednio, da się zastosować z pewnemi zmianami. Mianowicie starsza, będąca tu instruktorką, musi podwójnie dokładnie nauczać techniki, czyto zabiegów, czy też wywiadów domowych, zaznajamiać szczegółowo z rejestracją, typem sprawozdań i t. p. Wskazane tu są bardzo dyskusje na temat, co w danej metodzie jest istotne, a zatem do zachowania w każdych warunkach, a co może być zmieniane zależnie od okoliczności. Pogłębiać wiedzę praktykantki można przez wska-

zanie jej specjalnej lektury i zadanie jej referatów do opracowania, które zawsze należy z nią przedyskutować. Praktykantka powinna przedstawiać wyniki swych obserwacyj pracy w specjalnie opracowanych kwestjonarjuszach lub sprawozdaniach. Jeśli praktykantką jest pielęgniarka z innej miejscowości, pielęgniarka starsza ma jeszcze dodatkową rolę do spełnienia. Powinna pomóc nowoprzybyłej w wyszukaniu odpowiedniego pomieszczenia, a potem zadbać, aby przybyła podczas swego pobytu nie czuła się zbyt osamotniona w obcem mieście, innemi słowy ułatwić jej nawiązanie stosunków towarzyskich.

Dokształcaniem zbiorowem nazywamy doszkalanie całej grupy. Może się ono odbywać w ramach pracy lub poza nią.

A. Dokształcanie to może mieć cel dwojaki: wyrównywanie określonych braków w przygotowaniu personelu, a gdy mamy do czynienia z personelem pełnokwalifikowanym, nietylko zapobieganie gnuśności umysłowej personelu, ale utrzymanie w napięciu zainteresowania pracą — pomoc w „rośnięciu w pracy", jak się wyrażają Anglicy.

W pierwszym wypadku cały materjał będzie odpowiednio dobrany; gdy braki, dotyczące bezpośrednio pracy zostaną usunięte, dalszym celem dokształcania będzie rozszerzanie horyzontów myśli, zaznajamianie z nowemi kierunkami i metodami.

Poniżej przedstawię metody szkolenia zbiorowego. Dadzą się one zastosować wobec każdego personelu. Różnice zachodzić będą w doborze tematów i częstości powtarzania.

Punktem wyjścia jakiegokolwiek dokształcania będą zebrania dyskusyjne na różne tematy: 1) dyskusja na temat obowiązkowej lektury, 2) referat lub odczyt wygłoszony przez pielęgniarkę starszą lub inną osobę z personelu, lub też z poza instytucji. Zawsze dosyć czasu powinno być na dyskusję.

Inną metodą dokształcania są zebrania sprawozdawczo - dyskusyjne. Biorą w nich udział, jak i w tamtych, wszystkie pielęgniarki, które na ten czas mogą być zwolnione od zajęć. Omawiane są podczas tych zebrań braki i trudności, napotykane w pracy; dyskusja nad ich przyczynami powinna zmierzać do znalezienia środków zaradczych lub rozwiązujących trudne problematy. Podczas takich zebrań omawia się metody podniesienia wydajności, jakości pracy, plany rozszerzenia ram działalności, wreszcie udział personelu, jako całości, w jakiemś przedsięwzięciu społecznem, nawiązanie, rozwój i utrzymanie współpracy z innemi instytucjami, naostatek zwiedzanie lub urządzanie wycieczek naukowych, czy sportowo-krajoznawczych, czy innej wspólnej rozrywki.

B. Dokształcanie poza ramami instytucji polegać będzie na udziale poszczególnych osób lub całych grup w odczytach, czy referatach, uczęsz-

czaniu na kursy dokształcające, zwiedzaniu instytucyj, wystaw, czynnym lub biernym udziale w zjazdach i zebraniach stowarzyszeń pielęgniarskich.

W Stanach Zjednoczonych, prócz zjazdów, urządzane są tak zwane „instytuty". Są to jakby 2 — 3 dniowe kursy zapoznawczo - odświeżające. W ciągu tych 2 — 3 dni odbywa się 6 — 7 wykładów dziennie z najróżnorodniejszych dziedzin, oraz wycieczki do instytucyj. Corocznie urządza się „instytut" z innej specjalności: np. „administracja szpitali i kierowanie personelem szpitalnym"; „metody szkolenia słuchaczek w szkołach pielęgniarskich i dozór nad niemi w szpitalu"; „dziedziny pielęgniarstwa społecznego" i t. p.

Po wybraniu tematu wykładów, dobiera się wykładowców: pielęgniarki, pedagogów, wychowawców, psychologów, lekarzy. Każdy z zaproszonych wykłada nie więcej niż 2 — 3 godziny.

Chcę jeszcze zaznaczyć, że taki „instytut" jest podany do wiadomości pielęgniarek, wraz z programem najmniej na 8 — 10 tygodni naprzód. Pielęgniarki zapisują się na całość lub na jego część wnosząc opłaty, które służą na pokrycie kosztów.

Ktośby mógł powiedzieć, że zjazdy pielęgniarskie informują dostatecznie o najnowszych zdobyczach z wszelkich dziedzin naszego zawodu. Do pewnego stopnia tak. Ale nie należy zapominać, że zjazdy mają bardzo wiele posiedzeń, poświęconych interesom ściśle zawodowym lub wewnętrznym sprawom stowarzyszenia. Zatem zebrania dyskusyjne o charakterze naukowym są tylko dodatkiem. Natomiast „instytuty pielęgniarskie", wolne od wszelkich interesów administracyjnych czy stowarzyszeniowych, mogą całkowicie zająć się sprawami naukowo - dydaktycznemi, a zatem dać wiele informacyj, nowych idej i natchnienia do przyszłej pracy w wielu dziedzinach.

Wracając teraz do przedstawionych wyżej zebrań dyskusyjnych, czy sprawozdawczo - dydaktycznych, pragnę omówić jeszcze dobieranie tematów i sposób prowadzenia zebrań.

Obowiązkiem kierowniczki będzie ułożenie programu tematów, po uprzedniem wysondowaniu zainteresowań. Zebrania odbywają się zazwyczaj od października do maja. Letnie, upalne miesiące nie są tu odpowiednie.

Ustala się jakiś dzień w tygodniu i godzinę zebrań i przyjmuje się, że 3 razy w miesiącu będą zebrania dyskusyjne, a raz — sprawozdawczo-dydaktyczne. Tematy dokształcające zawarte być mogą w ramach zebrań dyskusyjnych. Można ustalić, że raz w miesiącu będzie referat lub odczyt, raz — demonstracja zabiegu lub podanie metod jakiejś czynności, a raz — dyskusja nad obowiązkową lekturą.

Do miesięcznych zebrań sprawozdawczo - dydaktycznych kierowniczka zbiera materjał w ciągu całego miesiąca, w miarę, jak życie go przynosi.

Wszelkie zarządzenia władz winny być omawiane i wyjaśniane podczas zebrań. Zamierzenia czy prace kierowniczki lub grupy jako całości, powinny być tutaj omawiane.

Sposób prowadzenia zebrań jest następujący. Zagaja kierowniczka. Na zebraniach dyskusyjnych powinna ona oddać dalsze przewodniczenie pielęgniarce, wybieranej kolejno z pomiędzy wszystkich. Ma to na celu wyrabianie w pielęgniarkach umiejętności przewodniczenia. Przewodnicząca utrzymuje porządek w dyskusji i dba, aby nie odbiegano od tematu. Na zebraniach miesięcznych przewodniczącą jest z reguły starsza pielęgniarka. Dyskusje w każdym wypadku muszą się odbywać w duchu rzeczowym, a nie osobistym, w formie poprawnej i grzecznej.

Wszystkie zebrania omówione wyżej są zawsze obowiązkowe dla całego personelu. Czy się odbywają w ramach ustalonych godzin pracy, czy też w godzinach dodatkowych — to obojętne. Starać się należy, aby choć częściowo odbywać się mogły w godzinach pracy. Łatwiej o to w ośrodku. W szpitalu obecność na zebraniu wszystkich pielęgniarek wogóle będzie niemożliwa. Należy wówczas zarządzić sprawiedliwą rotację. Zebrania pielęgniarek szpitalnych w godzinach służbowych, wątpię, czy w naszych warunkach byłyby możliwe. Należałoby jednak zacząć choćby od jednego zebrania miesięcznie, naprzemian dyskusyjnego, i sprawozdawczo-dydaktycznego.

Z powyższego materjału widać, jak wielkie jest zadanie starszej pielęgniarki-kierowniczki, i jak wiele odpowiedzialności na niej spoczywa. Gdzież zdobyć ma ona całą tę wiedzę i doświadczenie, które powinna przekazać innym?

Co mają robić te pielęgniarki, które pracują same, pojedyńczo, nie ciesząc się przywilejami grupy? Czy dla nich droga dokształcania jest zamknięta? Nie. Otwarte jest dla nich s a m o k s z t a ł c e n i e. Samokształcenie oczywiście będzie się różnić w swej formie od dokształcania zbiorowego. Kierunek, praca i ocena jej pozostawione są osobie samokształcącej się.

Z metod proponowanych powyżej, tutaj da się zastosować czytanie uzupełniające, zwiedzanie instytucyj, wystaw, udział w zjazdach, oraz „instytutach pielęgniarskich“, gdy to możliwe. Pisanie referatów jest bardzo pożądane (wówczas napewno „Pielęgniarka Polska“ miałaby więcej artykułów do druku!).

Nadewszystko jednak skuteczną metodą, pociągającą do wzrostu doświadczenia jest robienie planów pracy na papierze, z ołówkiem w ręku. Wypracowanie sobie planu ogólnego w zarysach na rok. A potem na każdy tydzień, uwzględniając każdy dzień i to, co życie niesie, mając jednak na uwadze ostateczny cel, do którego się dąży. Gdy się czegoś nie wykonało

jednego dnia, trzeba „przeskoczyć“ i następnego dnia pracować podług planu. Przy rozkładaniu pracy na tydzień następny, uwzględnić przedewszystkiem niewykonane czynności i pomieścić je na pierwszym planie. Ważnem jest zanotowanie nietylko tego, czego się nie zrobiło, ale i tego, czego się dokonało. Zanotować własne popełnione błędy, zastanowić się nad ich przyczyną, wynaleźć środki poprawy. Gdy wszystko idzie dobrze — układać plany ulepszeń jakości i wydajności pracy, wreszcie rozszerzania swej działalności, gdy wszystko w dotychczasowym zakresie już jest wykonywane „od A do Z“.

Ale nadewszystko i przedewszystkiem wyrabiać w sobie gotowość do przyjmowania idej, rzeczy, zarządzeń czy ludzi nowych, zdolności eksperymentowania dla porównania wyników tego, co było dawniej z tem, co się dzięki nowej metodzie zyskało.

Zdolność poszukiwania nowych form i dróg jest rękojmią życia, najskuteczniejszą bronią przeciw rutynie, czyli skamienieniu — śmierci za życia.

Oczywiście, dokształcanie czy samokształcenie nie powinno ograniczać się tylko do dziedziny fachowej. Powinno budzić najróżnorodniejsze zainteresowania, wyrabiać solidarność grupową, dawać pożyteczne, a nawet — przyjemne wypełnienie godzin odpoczynku, a co za tem idzie — regenerację sił do dalszej ciężkiej i odpowiedzialnej pracy pielęgniarskiej.

Janina Masiewiczówna
Absolwentka Warsz. Szk. Piel.

Historja walki z gruźlicą[1])

Komunikat, nadesłany do redakcji „Pielęgniarki Polskiej“ przez Polski Związek Przeciwgruźliczy.

W łączności z niedawno odbytym IX Zjazdem Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, warto przypomnieć, jak naród polski narówni z innemi narodami zasłużył się na polu walki z gruźlicą i niejednokrotnie przodował w tej dziedzinie.

Już w XIV wieku Jan Radlica cieszył się taką sławą, że wzywany był do sułtana Solimana i cesarza Karola IV, a przez czas dłuższy leczył Ludwika Andegaweńczyka, króla polskiego i węgierskiego, który chorował na ciężką chorobę piersiową, a z której Jan Radlica skutecznie króla leczył, wykazując specjalną znajomość wpływu leczenia klimatycznego.

Pierwsze książki lekarskie zwane zielnikami (*herbaria* — wiek XV), zawierają przepisy o leczeniu suchot. W późniejszych pracach zwraca się uwagę na leczenie klimatyczne gruźlicy, jej istotę i zaraźliwość (w. XVII). Pierwsza dysputa uniwersytecka o gruźlicy odbyła się w początku XVIII w., kiedy to Częczkowicz w r. 1702 bronił publicznie w Krakowie swych tez o suchotach; wkrótce potem został on profesorem uniwersytetu. Również w tym wieku, a mianowicie w r. 1755 ukazała się praca dra Mizlera, stwierdzająca na podstawie własnych obserwacyj uleczalność gruźlicy.

W czasach porozbiorowych, mimo ucisku zaborców, nauka polska może się poszczycić wybitnymi uczonymi, których nazwiska znane były całemu światu lekarskiemu. W dziedzinie nauki o gruźlicy mamy również wielu znakomitych badaczy. Do nich należy Jędrzej Krupiński, który w r. 1775 wydał we Lwowie podręcznik medycyny i chirurgji, obszernie traktujący suchoty płucne pod względem klinicznym. W r. 1790 wydany w Warszawie w 6 tomach „Dykcjonarjusz powszechny medyki i chirurgji“ przez prof. Kłosowskiego, zawiera rozdział 71-stronicowy, omawiający obszernie przyczyny, zaraźliwość i przebieg suchot. Już wtedy zwrócono szczególną uwagę na zaraźliwość plwociny suchotników.

W początkach wieku XIX istnieją w Polsce kliniki lekarskie w Krakowie, Warszawie i Wilnie. Zwłaszcza Akademja Wileńska szczyciła się licznem gronem znakomitych profesorów z Jędrzejem Śniadeckim na czele. Już Śniadecki radzi zapobiegać rozwojowi gruźlicy przez ćwiczenia cielesne na świeżem powietrzu i jako przykład podaje żołnierzy, którzy mimo licznych trudów wojennych nie zapadali na gruźlicę jak ludność cywilna, a nawet wyzdrawiali. Śniadecki największe znaczenie w powstawaniu gruźlicy płuc nadawał budowie ciała, którą zwał konstytucją odziedziczoną po rodzicach.

Wpływ klimatu na leczenie suchot oraz znaczenie odpowiedniego odżywiania, podkreśla w swych dziełach inny profesor Akademji Wileńskiej, Józef Frank (1771 — 1842), słynny w całej Europie klinicysta. Do rozpoznawania klinicznego chorób płucnych przyczynił się w dużym stopniu Adam Raciborski (ur. w r. 1809 w Radomiu). którego dzieła wydawane w Brukseli i Paryżu znane były całemu światu lekarskiemu.

Lekarze polscy, mimo ciężkich warunków pracy w poszczególnych zaborach, z pilnością śledzą postępy nauki o suchotach zagranicą i omawiają

---

[1]) „Zarys dziejów gruźlicy w Polsce“, dr. Stefan Rudzki.

je na swych posiedzeniach naukowych. W lipcu 1866 r., czyli w kilka miesięcy zaledwie po wiekopomnym komunikacie Villemina, w Tow. Lek. Warsz. Dobiszewski wygłasza odczyt o szczepieniu gruźlicy królikom. W r. 1872 Teodor Hering za pracę doświadczalną na 82 królikach i świnkach morskich otrzymuje nagrodę konkursu rozpisanego przez Tow. Lek. Warsz., a który to konkurs podpisał rektor słynnej Warszawskiej Szkoły Głównej, prof. Mianowski.

W końcu XIX wieku na widownię nauki polskiej występują dwaj znawcy gruźlicy: klinicysta Alfred Sokołowski i społecznik Henryk Dobrzycki.

Dr. Sokołowski, zdając egzamin doktorski, broni rozprawy o powikłaniach krtaniowych gruźlicy. Po powrocie do kraju obejmuje oddział szpitalny w Warszawie i w ciągu lat 40-tu wydaje szereg prac poświęconych gruźlicy, uwieńczony w r. 1906 klasycznem dziełem o suchotach płucnych. Dzieło to zostało przetłumaczone na kilka języków europejskich i było podręcznikiem dla szeregu pokoleń lekarskich w całej Europie. Sokołowski napisał blisko sto prac o gruźlicy w języku polskim, francuskim, niemieckim i rosyjskim. Alfred Sokołowski po 45 latach wytężonej pracy naukowej, już jako 70-letni starzec, został profesorem na Uniwersytecie Warszawskim po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, gdyż dostęp na katedry profesorskie w uniwersytecie rosyjskim był dla Polaków bardzo utrudniony.

Henryk Dobrzycki zasłynął jako kierownik szpitala w Mieni pod Warszawą, który to szpital zyskał sobie sławę pomyślnemi wynikami leczenia gruźlicy. W r. 1879 Dobrzycki otworzył w Mieni sanatorjum dla ubogich suchotników i dowiódł, że leczenie w swojskim klimacie nizinnym daje wyniki nie gorsze od gór i morza. Pod tym względem inicjatywa Dobrzyckiego wyprzedziła inne kraje o kilkanaście lat. Od r. 1884 przez lat 25 Dobrzycki prowadził zakład klimatyczny na Wołyniu w Sławucie, z której stworzył pierwszorzędną stację klimatyczną leśną. Tam zebrał materjał 15 tysięcy obserwacyj chorób płucnych.

Tytus Chałubiński (1820 — 1899) odkrył Zakopane i uczynił zeń stację klimatyczną dla chorych na płuca. Za jego przyczyną mała, biedna wioska góralska przeobraziła się w pierwszorzędne uzdrowisko. Powstaje tam szereg sanatorjów, w r. 1902 zostaje otwarte, na skalę zachodnio - europejską urządzone sanatorjum dla piersiowo chorych o stu pokojach, którego dyrektorem został dr. Kazimierz Dłuski. Wraz z żoną swą, lekarką, siostrą słynnej uczonej Marji Curie - Skłodowskiej, dr. Dłuski postawił swe sanatorjum na takim poziomie nauki, że słusznie uważany być musi za twórcę nowoczesnego leczenia sanatoryjnego gruźlicy w Polsce. Z jego szkoły wyszło wielu wybitnych dziś specjalistów chorób piersiowych.

W r. 1900 powstało w Zakopanem sanatorjum „Bratnia Pomoc“ dla uczącej się młodzieży szkół średnich i wyższych, sanatorjum dla nauczycieli, dla młodzieży rzemieślniczej, „Sanato“ na Antołówce (obecnie dla pocztowców) i t. d.

Za pierwszego propagatora leśno - nizinnego leczenia gruźlicy uważać należy dra Teofila Kaczorowskiego (1830 — 1889), wybitnego lekarza poznańskiego, który zaleca korzystanie z zimnego powietrza. Pacjenci jego spali przy otwartych oknach zimą, w nieopalanych pokojach. Wyniki były zachęcające i system ten zachował się pod nazwą „zimowej kuracji klimatycznej“. Dettweiler w Niemczech sam przyznaje, że ideę leczenia wolnem powietrzem przejął od Kaczorowskiego.

W r. 1893 powstaje w Otwocku sanatorjum dra Gejslera, a w trzy lata później dra Przygody. Potem powstają sanatorja pod Łodzią, pod Bydgoszczą w Smukale, pod Mrozami, w Rudce z inicjatywy dra Dunina i t. p.

W r. 1882, zaraz po wykryciu przez Kocha zarazka gruźlicy, prof. Hoyer demonstruje w Tow. Lek. Warszawskiem, a Krakowskie Tow. Lek. roztacza dyskusję nad wartością rozpoznawczą prątków Kocha. W następnym już roku ukazuje się 12 prac polskich, poświęconych temu odkryciu. Polski świat lekarski wypowiedział się za zaraźliwością suchot płucnych i koniecznością wyciągnięcia stąd zleceń zapobiegawczych. Leczenie specyficzne gruźlicy tuberkuliną Kocha również znajduje żywy oddźwięk wśród polskich lekarzy, gdyż tego samego roku zjawia się 10 polskich prac wszechstronnie oświetlających tę sprawę. Sposób przygotowania tuberkuliny i doświadczenia na zwierzętach przerobił znakomity bakterjolog polski prof. dr. Odo Bujwid. Wydał on w r. 1898 obszerny memorjał w sprawie zapobiegania szerzeniu się gruźlicy wogóle, w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych. Domagano się konieczności rejestrowania przypadków suchot, już w r. 1864, lecz przez długi czas jeszcze statystyka gruźlicy jest tylko częściowa.

Dr. Dunin w swej pracy statystycznej o gruźlicy wyjaśnia wpływ mieszkań, skali zarobkowej i wyżywienia na śmiertelność z gruźlicy. Przytacza, że w 1890 r. w Krakowie śmiertelność z gruźlicy wynosiła 70 osób na 10 tysięcy mieszkańców, we Lwowie — 66,8, w Warszawie — 31. Uświadamia czytelnikom ogrom strat poniesionych przez naród polski z powodu gruźlicy oraz podaje środki walki z gruźlicą w naszym kraju.

Na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w r. 1900 w Krakowie, z inicjatywy dra Janiszewskiego powstaje sekcja gruźlicza. Prace tej sekcji były tak obszerne i wyczerpujące, że można sekcję tę uważać za pierwszy ogólnopolski zjazd przeciwgruźliczy. Prace były ogłoszone drukiem (276 str.).

Z zakresu profilaktyki w r. 1884 powstaje w Warszawie Tow. Kolonij Letnich, założone przez dra Markiewicza, które wysyłało na miesiące letnie na wieś około 3.500 dzieci z rodzin zagrożonych gruźlicą. Podobne kolonje letnie powstawały w Łodzi, Lublinie i Radomiu, potem w Rabce, Rymanowie. W Krakowie w r. 1888 powstaje Park Jordana dla młodzieży, w Warszawie — ogrody Raua.

Z Polski wychodzi pierwsza inicjatywa tworzenia przytułków dla suchotników groźnych dla otoczenia. W końcu XIX w. powstają również oddzielne szpitale dla chorych piersiowych.

W początkach dwudziestego stulecia nauka polska zaczyna coraz większe czynić postępy. W zakresie gruźlicy zaznacza się to ukazywaniem się w druku coraz większej liczby prac. W ostatnich latach XIX w. ukazywało się przeciętnie około 50 prac rocznie, w r. 1900 — sto, a w r. 1913 — dwieście.

Do najpoczytniejszych i poważanych zagranicą autorów należy zaliczyć Bolesława Dębińskiego, który trzy lata spędził w Instytucie Pasteur'a, drukując swe prace naukowe w najpoważniejszych pismach francuskich, a potem przeniósł się na stałe do Warszawy i wspólnie z Sewerynem Sterlingiem redaguje „Gruźlicę", czasopismo poświęcone walce z gruźlicą, jako chorobą społeczną. Uzyskał tytuł docenta w Krakowie, a poza działalnością naukową, żywotną akcję prowadził w poradniach przeciwgruźliczych, których był inspektorem z ramienia Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

O dużym postępie w zakresie walki z gruźlicą świadczą dwa następne

zjazdy lekarzy i przyrodników polskich w r. 1909 i 1914. Szereg nowych prac statystycznych, z dziedziny profilaktyki (higjena mieszkań miast i wsi) i nowe wytyczne planowej walki z gruźlicą skierowały wysiłki całego społeczeństwa na front przeciwgruźliczy. Powstały Towarzystwa Walki z Gruźlicą z inicjatywy dra Tomasza Janiszewskiego, który też jest współtwórcą pierwszej poradni przeciwgruźliczej we Lwowie (1908 r.). W r. 1919 zostaje on powołany na Ministra Zdrowia Publicznego i na tem stanowisku szczególną opieką otacza akcję przeciwgruźliczą w Polsce. Na terenie Królestwa Polskiego pierwsze Tow. Przeciwgruźlicze powstało w Warszawie w r. 1908 z inicjatywy dra Alfreda Sokołowskiego.

Na terenie Łodzi owocną działalność rozwinął dr. Seweryn Sterling, twórca przyjętej dziś powszechnie klasyfikacji gruźlicy płuc. Główną wytyczną we wszystkich organizacjach stwarzanych przez dra Sterlinga było zapobieganie gruźlicy, a nie indywidualne leczenie.

W W. Ks. Poznańskiem już w r. 1900 powstało Tow. dla Zwalczania Gruźlicy, które w r. 1907 założyło poradnię przeciwgruźliczą w Poznaniu. W Obornikach w r. 1903 powstało sanatorjum ludowe. Od r. 1904 istnieje lecznica dla płucno - chorych w Smukale pod Bydgoszczą, na 200 łóżek.

Ogrom pracy, dokonanej przez lekarzy polskich w dziedzinie walki z gruźlicą w czasach porozbiorowych był bardzo znamienny dla sił żywotnych Polski i był tej walki najcięższym etapem ze względów politycznych. Wojna światowa, która przeorała ziemie polskie od wschodu do zachodu, powołała całą ludność Polski do zbrojnego czynu. Nie było czasu i miejsca na walkę z gruźlicą. Historja akcji przeciwgruźliczej Polski Odrodzonej jest bardzo bogata w skutki, czego wyrazem jest IX Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie. O walce z gruźlicą w Polsce odrodzonej doniesiemy następnym razem.

Kronika Pielęgniarska

Sprawozdanie z działalności Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek w Krakowie, za rok szkolny 1933 — 1934, t. j. od dnia 1-go lipca 1933 roku do dnia 30-go czerwca 1934 roku

Ruch uczennic przedstawiał się w roku sprawozdawczym, jak następuje:

W dniu 1-go lipca 1933 r. było zapisanych uczennic		76
W ciągu roku sprawozdawczego przyjęto w 2 zespołach uczennic . . .		37
Razem		113
Wystąpiło w ciągu roku sprawozdawczego uczennic		6
z czego 2 z powodu zdrowia, 3 jako nienadające się do zawodu pielęgniarskiego, a jedna z powodu niemożności płacenia.		
Ukończyło Szkołę w dwóch zespołach uczennic	33	39
tak, że w ostatnim dniu roku sprawozdawczego Szkoła liczy uczennic . .		74
Przeciętna liczba uczennic w roku sprawozdawczym wynosiła . . .		84

U przyjętych 37 uczennic przeciętne wykształcenie było 7 klas gimnazjalnych zaś w ogólnej liczbie przyjętych uczennic, 16 miało 8 klas gimnazjalnych lub więcej. Przeciętny wiek przyjętych wynosił 21. 8

Ogółem uczennice miały 30.660 dni pobytu w Szkole, z czego wypada na praktykę w dziale:

Chirurgicznym ogółem 4.238 dni, t. j. około 12 uczennic dziennie
Położniczym ogółem 3.914 dni, t. j. około 11 uczennic dziennie
Dziecięcym ogółem 2.989 dni, t. j. około 8.2 uczennic dziennie
Niemowlęcym ogółem 2.295 dni, t. j. około 6.3 uczennic dziennie
Zakaźnym ogółem 2.979 dni, t. j. około 8.2 uczennic dziennie
W ambulatorjach i innych działach szpitalnictwa ogółem 2.726 dni, t. j. około 7.5 uczennic dziennie
W Uniw. Ośrodku Zdrowia ogółem 1.836 dni, t. j. około 5 uczennic dziennie
Na higjenie szk. ogółem 904 dni, t. j. około 3 uczennic dziennie
Na kursie wstępnym ogółem 4.426 dni, t. j. około 18 uczennic dziennie
Dni chorób było ogółem 1.101, t. j. około 3.3 uczennic dziennie
Urlopy wyniosły 522 dni (około 1.4 uczennic dziennie)
Wakacje wyniosły 2.083 dni
Ilość wykładów i ćwiczeń wyniosła w roku sprawozdawczym 1.528 godzin
Przeciętnie więc wypada 38 godzin tygodniowo przez 10 miesięcy
Uczennice zwiedziły 25 różnych instytucyj społecznych.

W roku sprawozdawczym odbyły się w terminie jesiennym i wiosennym dwa egzaminy dyplomowe w obecności przedstawicieli władz uniwersyteckich oraz delegata Departamentu Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej. Ze zdających 33 uczennic, wszystkie uzyskały dyplomy (3 z postępem celującym, 12 z bardzo dobrym, 17 z dobrym, jedna z dostatecznym).

Po ukończeniu Szkoły wymienione absolwentki z wyjątkiem trzech uzyskały pracę, a mianowicie: 7 w szpitalnictwie, 15 na placówkach zdrowia publicznego, jedna prywatnie, 6 w sanatorjach, o jednej niema wiadomości.

Koszta szkolenia i utrzymania 1 uczennicy w roku bieżącym wynosiły zł. 165.37 miesięcznie, t. j. około 8.58% mniej w porównaniu z rokiem ubiegłym, co należy przypisać z jednej strony jak najbardziej oszczędnościowej gospodarce, a z drugiej strony ogólnej obniżce cen, oraz zwiększeniu się liczby uczennic. Jednakowoż koszta szkolenia i utrzymania uczennic zwiększa bardzo konieczność prowadzenia internatu Szkoły w trzech lokalach. Utrudnia to racjonalną gospodarkę i zwiększa koszta wskutek konieczności opłacania czynszu. To też stale najbardziej palącą potrzebą Szkoły jest jej rozbudowa, tem bardziej, że zgłoszenia kandydatek wzrastają w liczbie, a absolwentki nie mają trudności w uzyskaniu pracy po skończeniu Szkoły.

W roku sprawozdawczym poniosła Szkoła niepowetowaną stratę przez śmierć jednej z najdawniejszych swych absolwentek, będącej instruktorką na oddziale chorób zakaźnych. Ś. p. Marja Sobczykówna zmarła 7 maja 1934 r. Szkoła straciła w Niej zdolną, inteligentną i pełną niecodziennych zalet charakteru współpracownicę, doskonałą nauczycielkę, będącą wzorem pielęgniarki ideowej.

Dzięki pomocy ze strony Fundacji Rockefellera kilka osób z personelu Szkoły mogło wyjechać na studja pielęgniarskie zagranicę. A mianowicie: dyrektorka Szkoły p. Anna Rydlówna i jej zastępczyni p. Teresa Kulczyńska zwiedziły: Budapeszt, Wiedeń, Brukselę, Oslo i Helsinki. — Instruktorka Higjeny Szkolnej, p. Halina Legutko zwiedziła: Wiedeń, Brukselę i Oslo. — Instruktorka Kliniki Położniczej, p. Wadława Jaworska zwiedziła: Wiedeń, Brukselę, Londyn i Helsinki.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SAMORZĄDU UCZENNIC U. S. P. i H. w Krakowie za czas od 4-go marca do 24-go sierpnia 1934 roku

Z chwilą, gdy w lutym br. odwiedziła naszą Szkołę p. dr. Helena Spoczyńska, i zaznajomiła nas z działalnością samorządów zagranicznych szkół pielęgniarstwa, przy-

stąpiłyśmy do utworzenia organizacji, w której realizujemy nasze myśli i projekty, i która w wielu dziedzinach zaspokaja nasze potrzeby.

Samorząd naszej Szkoły powstał 4-go marca b. r. Dotychczasowa nasza praca przedstawia się następująco:

Z pośród grona uczennic, na I-szem Walnem Zgromadzeniu został obrany Zarząd, w skład którego wchodzi 5 osób: prezeska i wiceprezeska, sekretarka i wicesekretarka, oraz skarbniczka. Opiekę nad naszym Zarządem w roli kuratorki objęła p. M. Jędrzejewska, wicedyrektorka U. S. P. H. Samorząd początkowo liczył 65 członkiń. Przystąpiłyśmy do pracy, tworząc następujące sekcje i działy:

W sekcji **literackiej** powstała myśl redagowania pisemka, którego pierwszy numer ukazał się w maju b. r. i zawiera sprawozdania z działalności poszczególnych kółek Samorządu, aktualne artykuły. Sekcja ta ma zamiar urządzać wieczorki literackie i dostarczać czasopism dla członkiń.

Sekcja sportowa zorganizowała grę w tenis, w siatkówkę i urządziła wycieczkę do rozgłośni radjowej krakowskiej.

Sekcja ogrodnicza energicznie przystąpiła do pracy, obejmując opiekę nad roślinami, znajdującemi się w gmachu Szkoły; obsadzono kwiatami letni taras.

Sekcja dramatyczna ma na celu urządzanie imprez dochodowych.

Sklepik nasz został utworzony jednocześnie z innemi sekcjami i kółkami i jest bardzo pożyteczny, dostarczając przedmiotów pierwszej potrzeby, jak: mydło, nici, zeszyty, ołówki, papier listowy itd. W ciągu tych paru miesięcy dał nam sklepik około 10 zł. zysku, które zużyjemy na zakup towarów.

Następnie zajął się Samorząd **nowoprzybywającemi do Szkoły uczennicami**, naznaczając dla kursu wstępnego opiekunki, które zajmują się probantkami, służąc im pomocą, radą na nowym terenie pracy i nauki.

Dla nowoprzybyłych uczennic urządzony został **podwieczorek zapoznawczy**, który był zarazem zebraniem towarzyskiem dla członkiń Samorządu.

Sprawę **zniżek do Teatru im. Słowackiego** udało się Samorządowi załatwić o tyle, że, korzystając z uprzejmości Matki Przełożonej Gimn. Urszulanek, dołączyłyśmy się do przedstawień ulgowych szkolnych. Następnie w Zarządzie Teatru im. Słowackiego uzyskałyśmy 30-procentową zniżkę dla grup ponad 10 uczennic.

Przy naszym sklepiku istnieje **sekcja dochodowa**, która zajmuje się wyrobem oraz sprzedaż ciastek, lodów i tortów.

Na **fundusze Samorządu** uchwaliłyśmy składki, wynoszące 10 gr. miesięcznie od każdej członkini.

Choć fundusze samorządowe są narazie bardzo skromne, jednak otworzyłyśmy **rachunek** w Komunalnej Kasie Oszczędności sumą zł. 7. gr. 66.

Ogółem dotychczas miałyśmy jedno **Walne Zebranie i 5 zebrań Zarządu**, nie licząc zebrań poszczególnych sekcyj.

Obecnie mamy dużo nowych projektów, jak założenie radja, sprzedaż mundurowych szalików, urządzanie pokazów pielęgniarskich. W najbliższej przyszłości przyjmiemy nowe członkinie z pośród koleżanek, które w czerwcu ukończyły kurs wstępny, oraz zaopiekujemy się przybywającemi we wrześniu nowemi uczennicami.

Wielkiem ułatwieniem i pomocą w naszej pracy jest poparcie i wielka życzliwość naszej Dyrekcji.

(—) *Halina Kozierowska*

ZE SZKOŁY PIELĘGNIAREK POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA W POZNANIU

Dnia 31-go sierpnia 1934 r. odbyło się wręczenie dyplomów Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Poznaniu uczennicom byłej Szkoły Okr. Związku Kas Chorych.

W uroczystości wzięli udział: p. prof. dr. Jurasz, Ks. Dr Mazurkiewicz, p. Dyrektor Górnicki jako członkowie Zarządu Okr. Wlkp. P. C. K., p. dr. Zaroski, naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, przybyli z Warszawy p. dyr. dr. Rutkowski, delegat Zarządu Głównego PCK. i p. Gettlowa, delegatka Urzędu Ubezpieczeń na Wypadek Choroby, oraz liczni zaproszeni goście.

DYPLOMY OTRZYMAŁY:

Pp. Baranowska Halina
Benschówna Ewa
Chmielecka Daniela
Dońska Halina
Dziemidowiczówna Ludmiła
Fijałkowska Władysława
Gottwaldówna Kazimiera
Gramzówna Marja
Kaczyńska Mieczysława
Krallówna Natalja
Leichertówna Krystyna
Mazurkówna Halina
Stankiewiczówna Anna
Thielówna Leokadja
Tomczakówna Janina
Bankówna Anna
Cegielska Irena
Krzywdzińska Czesława
Steinmetzówna Zofja
Szygendowska Jadwiga

PIELĘGNIARKA SZPITALA PSYCHJATRYCZNEGO NA ŁAWIE OSKARŻONYCH

Ku uwadze i rozwadze pielęgniarek dyplomowanych podajemy za Kurjerem Porannym z dnia 16. lipca br. co następuje:

W roku ub., w celu samobójczym, pozbawił się życia, przebywający od kilku lat w szpitalu psychjatrycznym w Warcie w pow. sieradzkim, umysłowo chory, inż. chemji W. Kurpiński, przez wypicie większej dozy kreozolu. W krytycznym dniu, denat, skorzystawszy z chwili, kiedy szafka, w której znajdowała się trucizna, była niezamknięta, chwycił butelkę i wypił część jej zawartości. Nieszczęśliwy zmarł po upływie kilku minut.

W związku z tem, zarzucono pielęgniarce Stanisławie Ochęckiej, iż przez umyślną nieostrożność spowodowała śmierć inżyniera. Przeciwko Ochęckiej wdrożone zostało śledztwo i zasiadła ona na ławie oskarżonych. W zeznaniach swych oskarżona przyznała się do winy, twierdząc, że szafka była niezamknięta tylko kilka minut, co stało się przyczyną tragicznego wypadku i czego bardzo żałuje.

Jako świadek zeznawał dyrektor szpitala dr. Szymański, który zeznał, że Kurpiński z zamiarem samobójczym nosił się już od dłuższego czasu. Oskarżonej dyr. Szymański wydał jak najlepszą opinję. Następnie zeznawał dr. Gierliński, który przeprowadzał sekcję zwłok i stwierdził, że Kurpiński zmarł skutkiem zatrucia się kreozolem.

Po zamknięciu przewodu sądowego, zabrał głos prokurator, który domagał się ukarania oskarżonej z uwagi na to, iż Ochęcka postąpiła wbrew obowiązującym przepisom, które były jej dobrze znane, i że kara ta, na którą zasłużyła, będzie przestrogą dla innych pracowników. Następnie przemawiał obrońca Ochęckiej adw. Wołkowiński z Sieradza, który w dłuższem przemówieniu odpierał oskarżenie i prosił sąd o uniewinnienie oskarżonej. Sąd zastosował względem Ochęckiej okoliczności łagodzące i ogłosił wyrok uniewinniający.

Powódź

DZIAŁALNOŚĆ OGÓLNOPOLSKIEGO KOMITETU POMOCY OFIAROM POWODZI

Z wywiadu z p. Ministrem Hubickim, Prezesem Ogólnopolskiego Komitetu Ofiarom Powodzi, do miesięcznika P. C. K. (Polski Czerwony Krzyż, Nr 7, 1934): dowiadujemy się, że nadal pomocy wymaga około 110 tysięcy osób i to aż do nowych zbiorów, a więc akcja pomocy trwać musi jeszcze około 10 miesięcy w postaci doży-

wiania ludzi i inwentarza, siewów, odbudowy. Do dnia 25-go sierpnia zebrano 4,200.000 zł. oraz ogromne ilości środków żywności, odzieży, paszy, inwentarza, materjału budowlanego, sprzętu domowego itp. Rząd wstrzymał egzekucje podatkowe oraz zastosował ulgi podatkowe na terenach dotkniętych powodzią. Z Ogólnopolskim Komitetem, prócz zainteresowanych Ministerstw, współpracują różne instytucje i organizacje społeczne, jak Fundusz Pracy, P. C. K., Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych i t. p. Pomoc doraźna została skończona z dniem 1. września. Rozpoczęto natomiast planową akcję odbudowy rolnej i warsztatów pracy oraz pomocy żywnościowej.

PIELĘGNIARKI! Czy każda z Was złożyła choćby najmniejszy datek na nieszczęśliwych, dotkniętych klęską powodzi?

DZIAŁALNOŚĆ POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA PODCZAS KLĘSKI POWODZI

Na podstawie tegoż numeru „Polskiego Czerwonego Krzyża" możemy zorjentować się szczegółowo w akcji ratowniczej, którą podjął Polski Czerwony Krzyż podczas klęski powodzi. W artykule „Puste skrzynie — i puste słowa" p. Ulrichowa prostuje przykre nieporozumienia, jakie się wkradły na łamy niektórych pism codziennych, na temat pracy Czerwonego Krzyża. Autorka stwierdza, że „zarządy Okręgów i Oddziałów Polskiego Czerwonego Krzyża ujawniły maximum dobrej woli, wysiłków i energji organizacyjnej", że „punkty sanitarno - odżywcze i sanitarno - ratownicze działały naogół bardzo sprawnie". „Oczywiście — dodaje autorka — w pracy podjętej i prowadzonej w niezmiernie szybkiem tempie przez personel fachowo przeszkolony, ale bez specjalnej rutyny organizacyjnej, mogły się zdarzyć pewne usterki, naogół były to jednak całkiem sporadyczne wypadki, które nie osłabiły sprawności i celowości całej pracy Polskiego Czerwonego Krzyża". W innym artykule znajdujemy krótkie opisy pracy poszczególnych Okręgów, a więc w Krakowie, Tarnowie, Bochni, Brzesku, Chrzanowie, Dębicy, Limanowej, Mielcu, Myślenicach, Mościcach, Nowym Targu, Nowym Sączu, Pilznie, Rabce, Ropczycach, Zakopanem, Żywcu, oraz zestawienie pomocy dla ofiar klęski innych Okręgów z poza terenu powodzi.

Varia

Propaganda higjeny na wsi

Z propagandą higjeny spotykamy się przeważnie w większych miastach i miasteczkach powiatowych, gdzie skupiają się siły wykwalifikowane, inteligencja, gdzie łatwiej nietylko o prelegenta, ale i o słuchaczy zainteresowanych zagadnieniem higjeny.

Jednak zaczynają się coraz większe wysiłki, by w tak wielkich a zaniedbanych obszarach wiejskich wprowadzać higjenę i podnosić stan zdrowotny ludności. Na polu tem działa bardzo wybitnie dr. M. Kacprzak, wydając broszury, książki, pisząc artykuły propagandowe i naukowe.

W n-rze marcowym pisma „Dla Zdrowia", w artykule p. t. „O zdrowie wsi" dr. Kacprzak znów porusza kwestję szerzenia higjeny na wsi, sposoby któremi najłatwiej dojść do świadomości ludności wiejskiej i najważniejsze sprawy, któremi należy pokierować.

Według autora najtrafniejszą drogą do uzyskania zrozumienia i zainteresowania higjeną, to wyzyskanie już istniejących organizacyj jak spółdzielnie, mleczarnie, koła gospodyń, kółka rolnicze i t. d., w których to

ludność uczy się i zaprawia do czystości wymaganej w przedsiębiorstwach żywnościowych (oby tak było naprawdę!! — *przyp. red.)*, nabywa kultury i cywilizacji, a przedewszystkiem widzi korzyści materjalne w prowadzeniu i należeniu do tych organizacyj, podciągających ją do wyższego poziomu. Autor zaznacza, że szczególną i ciężką plagą jest niezrozumienie dezynfekcji i dezynsekcji. Z pokolenia na pokolenie przechowywane są różne przedmioty bez względu, czy należały one do chorego, czy zdrowego osobnika. Wreszcie autor pokłada wielkie nadzieje w kołach gospodyń, które otrzymując kulturę w organizacji i spotykając się bezpośrednio i stale z zagadnieniami i brakami higjeny, popierać ją będą i staną się jej pionierkami.

Najważniejszem polem pracy i zastosowaniem higjeny wsi, jest odpowiednia opieka dla kobiety ciężarnej i położnicy, kierunek w pielęgnowaniu i żywieniu niemowlęcia i dzieci do lat 3 (jak na wsi mówią, „aż się odchowa“), pomoc racjonalna w nagłych wypadkach (np. oparzenie 3 stopnia leczą na wsi zalaniem atramentem, jako środkiem ściągającym! *Przyp. red.).*

Uwagę naszą jednak zwraca to, że autor w artykule swym nie wspomina zupełnie o znaczeniu propagandy higjeny wśród młodzieży i dzieci szkolnych, jako też zapomocą ośrodków zdrowia, czy też placówek lotnych, które coraz częściej zajmują czołowe miejsce w rozwoju higjeny na wsi i podniesieniu zdrowia ludności. Znane są nam bliżej szczegóły z działania ośrodków zdrowia i higjeny szkolnej w szkołach miejskich i działalności dzieci jako pionierów higjeny w domach. Nie przypuszczamy, by dzieci miejskie różniły się w tem od dzieci wiejskich. Wszczepiania zasad higjeny, tego przewrotu w domowych zwyczajach, dokonywuje niejednokrotnie dziecko wychowywane w szkole i odwiedzane w domu przez pielęgniarki społeczne.

Głucho też w artykule dr Kacprzaka o pracy pielęgniarek wiejskich, szerzących higjenę wśród ludności. (Patrz artykuł w „Pielęgniarce Polskiej“ Nr. 1 — 2, 1934 r.).

Uwzględnienie tych spraw uzupełniłoby zarys podany przez dr. Kacprzaka, który tak niezmordowanie i z niewzruszoną energją i nadzieją dąży do tego koniecznego i palącego obowiązku społeczeństwa — podniesienia higjeny na wsi.

Zwalczanie jaglicy na terenie województwa łódzkiego

W Przeglądzie Trachomatologji i Okulistyki Społecznej Nr. 2 z r. 1934 zamieszczony jest artykuł sprawozdawczy dra Rostowskiego z działalności Kolumny Przeciwjagliczej na terenie województwa łódzkiego. W pierwszej części artykułu dr. Rostowski podaje ogólny stan zajagliczenia w województwie i organizację zwalczania jaglicy.

Przychodnie przeciwjaglicze są bardzo liczne, tak że przed objazdem Kolumny zarejestrowanych i leczących się osób było około 20.000 na terenie wojew. łódzkiego. Do walki z jaglicą społeczeństwo odnosi się z wielkiem zainteresowaniem i przychylnością, a władze i urzędy wraz z lekarzami przychodzą z jak najdalej idącą pomocą.

W dalszej części autor podaje krótkie sprawozdanie z poszczególnych powiatów, obejmujące stan zajagliczenia, organizację pracy tak leczniczej jak profilaktycznej, koordynację pracy na terenie, oraz pracę społeczną personelu pomocniczego. Choć daje się zauważyć wiele niedociągnięć, wiele

braków, wiele niedokładności, praca jednak idzie żywem tempem i znać wysiłki jednostek oraz dążenie władz do postawienia jej na odpowiednim poziomie.

Po omówieniu poszczególnych powiatów, dr. Rostowski przedstawia ogólne uwagi o prowadzeniu przychodni.

„Ewidencja i rejestracja w przychodniach jest, z małemi wyjątkami, prowadzona wszędzie. Co do jakości prowadzenia, to są jeszcze duże braki, mimo zainteresowania tą sprawą kierowników przychodni. Niedokładności te wynikają prawie wyłącznie z braku odpowiedniego personelu pomocniczego. Sprawozdania dzienne najczęściej nie są prowadzone, kwartalne — niedokładnie. Kartoteki nieuporządkowane". „W wojew. łódzkiem personel pomocniczy jest dość liczny, pod względem jednak fachowym i ogólnym małe ma przygotowanie do pracy społecznej. To też akcja zapobiegawcza prowadzona jest tylko w większych przychodniach. W innych przychodniach praca pielęgniarek ogranicza się do pomocy przy przyjęciach lekarskich".

Zainteresowanie Kolumną Przeciwjagliczą jest bardzo duże. Odbyło się 10 zjazdów lekarskich z udziałem około 100 lekarzy; referaty, demonstracje chorych oraz omawianie organizacji walki z jaglicą wypełniały posiedzenia. Personel pomocniczy wziął też czynny udział w pracy Kolumny. Instruktorka - pielęgniarka pouczała go o czynnościach w przychodni i terenie. Dokonano szeregu wywiadów w środowiskach jagliczych, oraz podano sposoby opracowania wywiadów i schematy ich dokonywania.

Jako zakończenie sprawozdawczego artykułu, dr. Rostowski podaje wnioski wysnute z objazdu terenu, a mianowicie:

1) Uregulowanie i uporządkowanie rejestracji i ewidencji u lekarzy powiatowych i w przychodniach.

2) Zorganizowanie zwalczania jaglicy w szkołach przy udziale nauczycielstwa.

3) Skoordynowanie i zespolenie akcji przeciwjagliczej samorządów i Kas Chorych.

4) Usprawnienie akcji zapobiegawczej w przychodniach przez podniesienie poziomu personelu pomocniczego.

5) Usunięcie z niektórych zakładów chorych na jaglicę, oddając chore dzieci do zakładu w Witkowicach pod Krakowem, oraz prowadzenie ścisłego i dokładnego leczenia dzieci w zakładach, które mają warunki do izolacji i odpowiednią opiekę lekarską.

6) Zwiększenie sybsydjów rządowych na prowadzenie akcji przeciwjagliczej.

Nowe sposoby leczenia schorzeń psychicznych

W Roczniku Psychjatrycznym nr. XXI b. r. znajdujemy artykuł dr. Stanisława Władyczki p. t.: „Mocz ciężarnych jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego". Ciekawy ten artykuł przedstawia próby dokonywane w leczeniu niektórych schorzeń psychicznych zastrzykami z moczu kobiet ciężarnych. Naskutek badań naukowych Zamkowa i Kolcowa oraz Zondeka i Aschleima nad składem moczu ciężarnych, dr. Władyczko przeprowadził cały szereg prób i doświadczeń nad zastrzykami podskórnemi moczu ciężarnych. Zastrzyki te nie wywoływały żadnych ubocznych ujemnych skutków, dlatego też wzięto pod uwagę możliwość

stosowania ich, jako środka leczniczego. Mocz ciężarnych obfituje w składniki, jak: hormon ciałka żółtego, hormon wzrostu i snu, przemiany tłuszczowej, insulinę i t. d. Autor nazywa go „apteką biologiczną“ i stara się zastosować go w lecznictwie.

Ażeby mocz ciężarnych mógł być użyty do celów leczniczych, pobierany musi być od kobiet uprzednio przebadanych na choroby weneryczne, gruźlicę, choroby nerek i bakterurję. Mocz winien być pobierany aseptycznie, wprost do wyjałowionego naczynia, odrazu przepuszczany przez filtr Chamberlanda. Najbogatsze składniki moczu okazywały się między VII a IX miesiącem ciąży, w tym więc okresie powinno się pobierać mocz do celów leczniczych. Dawki moczu stosowane przez autora były od 5 — 10 cm^3 co 4 — 5 dni. Ogólna dawka waha się między 60 — 100 cm^3 moczu.

Leczenie to dało między innemi dobre wyniki w przypadkach histerji na tle zaburzeń w miesiączkowaniu i w przypadkach schizofrenji.

O leczeniu tężca

W marcowym numerze „Prasy Lekarskiej“ podane jest streszczenie z *Presse médicale* nr 98/33 artykułu o obecnem leczeniu tężca. Ogólnie przedstawione jest stosowanie surowicy przeciwtężcowej w dawkach wahających się od 1500 cm^3 aż do 7000 cm^3, jako przyjęty i niekwestjonowany środek. Natomiast drogi, któremi wprowadzać się ma surowicę, podlegają dyskusji. Autor, dr. Peyre, zaleca drogę śródżylną. Ważne jest zmniejszenie drgawek chorych i złagodzenie bólu. Dlatego też autor jest zwolennikiem wypróbowanego środka w postaci chloralhydratu, podawanego doustnie i w lewatywach. Doświadczenia wykazały, że równie dobrze działa fenol w roczynie wodnym lub w oliwie. Artykuł zawiera również opis stosowania w leczeniu tężca usypiania eterem, chlorkiem etylu lub chloroformem: Poza działaniem uspokajającem, środki te uwalniają toksyny dzięki działaniu neurotropowemu. Toksyny, dostające się do krwiobiegu, zobojętniane mogą być przez surowicę wprowadzoną śródżylnie.

Omówiona jest też metoda Couvy'ego, polegająca na stosowaniu surowicy i urotropiny. Urotropinę podaje się w zastrzykach śródżylnych od 0,5 — 1,0 — 1,5 gr., poczem następuje śródżylne zastrzyknięcie surowicy. Ilość potrzebnej surowicy jest znacznie mniejsza, niż w wyżej wymienionych metodach, gdyż wahała się od 320 — 660 cm^3. Metoda ta dawała autorowi 94% wyleczeń. Omawiając wszystkie sposoby leczenia tężca, dr. Peyre dochodzi do wniosku, że wczesne i energiczne leczenie tężca powinno dużą ilość chorych uleczyć.

Szkodliwość palenia tytoniu

W jednem z czasopism amerykańskich dr. Sulzberger omawia szkodliwe działanie tytoniu na organizm jednostek, u których istnieje przewrażliwość na tytoń. U osobników tych działanie tytoniu może być przyczyną schorzeń naczyniowych, jak: dusznica bolesna, zapalenie zarostowe naczyń i t. d. Wywody swe autor wyprowadza naprzód z ogólnie znanych właściwości uczulenia organizmu na pewne czynniki, przechodząc wreszcie do omówienia wrażliwości systemu naczyniowego na wszelkiego rodzaju alergeny. Autor artykułu przeprowadził szereg badań nad uczuleniem osobników na tytoń sposobem próby śródskórnej. Wyniki były następujące:

78% chorych z zapaleniem żyły zakrzepowem dało reakcję dodatnią (przewrażliwość na tytoń). Z osobników zdrowych palących 36% wykazało odczyn dodatni, oraz zdrowych niepalących 16% — odczyn dodatni.

Autor przeprowadzał badania nad reakcją na inne alergeny z wynikiem ujemnym u osobników chorych na zakrzepowe zapalenie żyły. Badania te skłoniły autora do twierdzenia, że w pewnych wypadkach, jeżeli nie w większości, przewrażliwość na tytoń może być przyczyną różnych chorób naczyniowych, a szczególnie zakrzepowego zapalenia żył.

Pamiętając o innych szkodliwościach palenia, zapoznajemy się tu z nowem a groźnem schorzeniem, które dla pielęgniarki staje się przeszkodą do wykonywania pracy i służenia w potrzebie chorym.

Instytut Spraw Społecznych

Instytut Spraw Społecznych w Warszawie przy ul. Wiejskiej 19 został ufundowany przez Zakłady Ubezpieczeń Społecznych. Istotnym celem Instytutu jest zmniejszanie ilości wypadków przy pracy, a przez to zmniejszanie strat gospodarczych w kraju. W tym celu w Instytucie prowadzone są prace badawcze i naukowe z zakresu kwestyj społecznych, oraz zapobiegania wypadkom, urządzeń bezpieczeństwa i higjeny pracy. Badania Instytutu wykazały, że 15 — 20% wypadków przypada na tak zwane „wypadki losu“, a 75 — 80% wypadków spowodowanych jest bądź to wadliwemi urządzeniami, bądź to nieostrożnością pracujących, nieuświadomionych pracowników o grożącem niebezpieczeństwie i nie umiejących ustrzec się od nich. W Polsce, według obliczeń Instytutu, rocznie jest 1000 pracowników zabitych, 16.000 ciężko rannych i 75.000 lżej uszkodzonych. Straty gospodarcze liczy się na 250 miljonów złotych.

Instytut prowadzi szeroką akcję propagandową przez wydawnictwa popularne i naukowe, plakaty ostrzegawcze, oraz utrzymuje stały kontakt z reprezentantami robotników i inżynierów poszczególnych przemysłów. Przez nawiązanie stałej łączności z instytucjami podobnemi w innych krajach, Instytut Spraw Społecznych w Warszawie, jako pierwsza placówka tego rodzaju w Polsce, korzysta z doświadczenia i pomysłowości zagranicznych urządzeń. *M. St.*

Dieta pomonalowa i dieta Moro

D i e t ę p o m o n a l o w ą stosujemy u dzieci do roku przy krwotocznem zapaleniu jelit. Pomonal wyrabia się ze sproszkowanych suszonych jabłek. Dietę tę stosujemy przez 24 godz. Na 100 gr. ciepłej (nie gorącej) wody bierzemy 5 gr. pomonalu, po rozpuszczeniu podajemy dziecku w takiej objętości, w jakiej otrzymywałoby pojedyńczowartościową mieszankę, gdyby było zdrowe, w zależności od *si* (długości ciemieniowo - siedzeniowej) i wieku. Po 24 godz. podajemy dziecku najlepiej pokarm matki w małych ilościach, tak samo jak po diecie wodnej, lub jedną z mieszanek leczniczych jak maślanka, lub mleko białkowe aż do wyraźnej poprawy w wypróżnieniach, codziennie zwiększając ilość pokarmu, następnie przechodzimy ostrożnie na dietę odpowiednią do wieku dziecka.

D i e t ę M o r o stosujemy w tych samych przypadkach co dietę pomonalową, u dzieci po roku. Jabłka przetarte na szklanem tarle, obrane nożem

kościanym, podajemy na porcelanowym lub szklanym talerzu z kościaną łyżeczką (unika się zetknięcia z metalem). Dieta ta trwa 24 godz. Następnie podajemy dietę kleikową, w drugim dniu dodajemy kakao na wodzie i kilka sucharków, w trzecim rosół z żółtkiem, następnie powoli przechodzimy na normalną dietę bez jarzyn i owoców, a wkońcu zwolna i te wprowadzamy.

Obie diety podaję na podstawie mojej praktyki w Klinice Dziecięcej Uniwersytetu Poznańskiego.

W. Pantoflińska
Abs. Szkoły Piel. P. C. K. w Poznaniu.

KRONIKA

KONTROLA ŚRODKÓW KOSMETYCZNYCH

Min. Op. Społ. wydało w końcu czerwca br. rozporządzenie, dotyczące ograniczenia środków kosmetycznych, szkodliwych dla zdrowia. Do sporządzania „środków do czyszczenia, barwienia i pielęgnowania skóry, włosów, paznogci, oraz jamy ustnej i zębów", rozporządzenie to zabrania używania składników i barwików, które wywołują szkodliwe skutki dla zdrowia. Ustalono też przepisy, dotyczące sporządzania lub przechowywania środków kosmetycznych w naczyniach odpowiadających wymaganiom sanitarnym i nie wprowadzających szkodliwych związków chemicznych. Przekraczający to rozporządzenie podlegać będą karom administracyjnym.

OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM

Według ostatnich obliczeń P. K. O. D. na terenie całej Polski znajduje się 396 stacyj opieki nad matką i dzieckiem. 242 stacje prowadzone są przy ośrodkach zdrowia, co ogromnie podnosi znaczenie stacyj, gdyż w razie potrzeby, matka czy dziecko skierowane być może do innych poradni. Z 396 stacyj, 7 utrzymywanych jest przez Państwo, 79 przez samorządy powiatowe, 124 przez gminy miejskie, 16 przez gminy wiejskie, 23 przez Ubezpieczalnie Społeczne, 13 przez samorząd wspólnie z innemi instytucjami, 134 przez organizacje społeczne. Rozmieszczenie stacyj opieki jest nierównomierne, gdyż w województwach centralnych mieści się 144 stacyj, w zachodnich 116, we wschodnich 69, w południowych 67.

PODRĘCZNIK HIGJENY

Min. Opieki Społecznej wydało z końcem czerwca okólnik, zalecający nowo wydany podręcznik prof. Karaffy - Korbutta „Higjena" dla użytku funkcjonarjuszy sanitarnych w państwowej i samorządowej służbie zdrowia. Podręcznik ten, ujmujący w świetle najnowszych badań i poglądów wszystkie działy zdrowia publicznego, przynieść może wielkie korzyści pracownikom.

PORADNIA PRZECIWGRUŹLICZA DLA DZIECI

Przy klinice chorób dziecięcych w Warszawie uruchomiona zostaje poradnia dla dzieci z gruźlicą chirurgiczną. Na czele poradni stoi dr. Piasecki, kierownik oddziału chirurgicznego na klinice. Zespolenie pod jednem kierownictwem oddziału i poradni ma duże znaczenie, bo pozwala na ciągłość pracy i dysponowanie miejscami klinicznemi dla potrzebujących pomocy chirurgicznej pacjentów z poradni.

WALKA Z GRUŹLICĄ W ŁODZI

Na stanowisko naczelnego lekarza w sekcji walki z gruźlicą w Wydziale Zdrowia Publicznego m. Łodzi, powołany został dr. Reiterowski.

GROBOWIEC ALBERTA CALMETTA

Trumna ze zwłokami wielkiego uczonego i dobroczyńcy ludzkości Alberta Calmetta złożona została w grobowcu, ufundowanym przez Instytut Pasteura w miejscowości des Mées. Posiadłość ta została swego czasu ofiarowana przez zmarłego Instytutowi Pasteura w Paryżu, dla byłych pracowników instytucji. Dotychczas trumna ze zwłokami Calmetta spoczywała w krypcie kościoła Saint - Jean - Baptiste - de - la - Salle w Paryżu.

KRYZYS, CZY MNIEJSZE ZAGRUŹLICZENIE WE FRANCJI?

W budżecie państwowym we Francji preliminowano na walkę z gruźlicą w roku bieżącym 49,700.000 franków, gdy w roku ubiegłym blisko dwa razy tyle, gdyż przeszło 91 miljonów franków. — Czy można przypuścić, że aż tak spadła gruźlica?

UCZCZENIE EMILA ROUX

W zeszłym miesiącu w Paryżu nastąpiło odsłonięcie płaskorzeźby, wmurowanej w ścianę szpitala dziecięcego ku czci Emila Roux. W szpitalu tym w roku 1895 poraz pierwszy wielki uczony dokonał prób klinicznych surowicą przeciwbłoniczą.

EPIDEMJA W ESTONJI

W Estonji wybuchła epidemja wścieklizny. Setki osób, pokąsanych przez wściekłe psy i koty, władze skierowują do Instytutu Pasteurowskiego w Tartu, gdzie przeprowadzane są leczenia. W całej Estonji, a w szczególności w części południowej i wschodniej, gdzie nasilenie wścieklizny przybrało rozmiary epidemji, wyszły rozporządzenia natychmiastowego zabijania wściekłych, jakoteż podejrzanych o wściekliznę psów i kotów.

OCHRONA PRZED ŻMIJAMI

Z powodu wielkiej ilości żmij w okolicach podkarpackich, zdarzały się częste wypadki ukąszenia przez żmije. Z tego też powodu Czechosłowacki Czerwony Krzyż zorganizował pomoc dla osób ukąszonych, dostarczając surowicy przeciw ukąszeniu żmiji w specjalnie przygotowanych szpryckach. Dawka zawarta w szprycce wystarczyć ma jednej osobie, o ile zastrzyknięcie nastąpi najdalej w 2 godziny po ukąszeniu. Pomoc ta okazała się niesłychanie pożyteczna, gdyż uratowała już kilka osób.

WALKA Z RAKIEM WE WŁOSZECH

Centralna Rada dla Walki z Rakiem w Rzymie uchwaliła 10 nagród po 500 lirów dla lekarzy, którzy w przeciągu ostatniego roku zgłosili największą ilość uleczalnych przypadków raka. Tym sposobem Centralna Rada chce zachęcić lekarzy do wykrywania początkowych nowotworów i zapobiegania ich rozwinięciu.

WALKA Z RAKIEM W ANGLJI

W ostatnich miesiącach przeprowadzona została w Anglji zbiórka na cele walki z rakiem. Zebrano 60.000 funtów szterlingów. Dla celów leczniczych i naukowych

istnieje w Anglji 17 ośrodków radowych, do których kierowani zostają chorzy oraz w których przeprowadzane są badania naukowe. Ośrodki te dysponują łącznie ilością 22 gramów radu.

EPIDEMJA W WIMBLEDONIE

W czasie turnieju tenisowego w Wimbledonie pod Londynem wystąpiło epidemiczne zapalenie gardła, któremu ulegli prawie wszyscy gracze. Choroba ta jest dosyć niejasnej etjologji, przyjęła nazwę *Wimbledon taroat.* W wydzielinie gardła stwierdzono najczęściej paciorkowce. Choroba trwała 2 — 5 dni. Obecnie nasilenie choroby wzmogło się znacznie, szczególnie w okolicach wiejskich, tak, że wprawia ludność w wielkie zaniepokojenie.

ZJAZD LEKARZY DALEKIEGO WSCHODU

W Tokio odbył się zjazd japońskiego Towarystwa Lekarskiego, do którego należą wszyscy lekarze dalekiego Wschodu. W zjeździe wzięło udział 5.000 lekarzy z Japonji, Chin, Mandżurji i Indyj. Zebrania uwidoczniły rozwój medycyny w Japonji i żywotność higjeny społecznej, która niosąc cywilizację w kraje dalekiego Wschodu, gruntuje jego siłę.

STULECIE SZPITALA

Szpital powszechny w Kantonie obchodzi stulecie swego założenia. Szpital ten jest najstarszą placówką medycymy europejskiej w Chinach. Twórca nowoczesnych Chin, dr. Sun - Yat - Sena był uczniem i hospitantem w tymże szpitalu.

ŚMIERTELNOŚĆ DZIECI W INDJACH

Według ostatnio przeprowadzonej statystyki urodzin w Indjach, okazuje się, że śmiertelność noworodków i matek rodzących jest niesłychanie wysoka. Obliczono, że w ciągu roku w Indjach umiera około półtora miljona niemowląt oraz 20.000 matek. Przyczyny tej wysokiej umieralności leżą w zaniedbywaniu najprymitywniejszych przepisów higjeny wśród ludności.

WALKA Z ZIMNICĄ

Zapotrzebowanie chininy celem zwalczania zimnicy jest tak wielkie, że produkcja dotychczasowa nie wystarcza. Liga ochrony zdrowia przeprowadziła ankietę światową co do zapotrzebowania chininy. Okazało się, że produkcja jest o połowę mniejsza, niż zapotrzebowanie, i że chinina jest środkiem bardzo kosztownym. Przeprowadzają zatem badania nad zastępczym środkiem, którego produkcja może być daleko większa i daleko tańsza. „Totachina“, znana jest w świecie lekarskim, a dokładne działanie zastępcze chininy jest w toku badań. W Rosji sowieckiej używany jest, jako zastępczy preparat, „plazmocyt“ w połączeniu z „akrichininą“. Przemysł frmaceutyczny wyprodukował tego preparatu około 500 kg. Prócz sporządzenia znacznej ilości tego preparatu leczniczego, w Rosji sowieckiej rozpoczęto akcję zapobiegawczą chorobie. Samoloty rozpylają zieleń paryską, która niszczy zarodki komarów na przestrzeniach błotnistych. Praca ta wykonywana jest na przestrzeni 20.000 hektarów w najbardziej zabagnionych okolicach. Nasilenie zachorowań na zimnicę spadło znacznie w okolicach, gdzie dokonano rozpylania.

Zmiany posad w Polskim Czerwonym Krzyżu

w kwietniu, maju i czerwcu 1934 roku

21-go kwietnia 1934 r. S. Hoyerówna Zofja, po specjalizacji w chirurgji do Szpitala SWSan. Warszawa.

1-go maja 1934 r. S. Świerkowska Władysława ze Szpitala Wojskowego Brześć do Szpitala Wojskowego Chełm Lubelski.

1-go maja 1934 r. S. Gumowska Czesława ze Szpitala Wojskowego Lwów do Szpitala Wojskowego Brześć nad Bugiem.

1-go maja 1934 r. S. Kowalczyk Stefanja ze Szpitala Wojskowego CWSan., Warszawa do Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem, Tuchowicz.

1-go maja 1934 r. S. Napadłówna Adamina ze Szpitala Wojskowego w Poznaniu do Policyjnego Domu Zdrowia w Busku.

1-go czerwca 1934 r. S. Rojewska Feliksa ze Szpitala Wojskowego Brześć nad Bugiem do Szpitala Wojskowego Łódź.

1-go czerwca 1934 r. S. Rotterówna Marja ze Szpitala Wojskowego CWSan. Warszawa do Szkoły Pielęgniarskiej Polskiego Czerwonego Krzyża Poznań, jako instruktorka.

1-go czerwca 1934 r. S. Rudnicka Czesława ze Szkoły Polskiego Czerwonego Krzyża Poznań do Okręgowej Sekcji SS. Poznań.

Przyjęte do służby czynnej w Polskim Czerwonym Krzyżu:

6-go kwietnia 1934 r. P. Arciszewska Halina, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szp. SWSan. Warszawa.

1-go maja 1934 r. P. Kądzielska Helena, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Szp. CWSan. Warszawa

16-go czerwca 1934 r. P. Urbanicka Alina, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Kolumny Przeciwjagliczej na Wileńszczyźnie.

16-go czerwca 1934 r. P. Kowalska Halina, abs. Szkoły Piel. PCK. Warszawa do Kolumny Przeciwjagliczej na Wileńszczyźnie.

Przestały pracować w Polskim Czerwonym Krzyżu:

20-go kwietnia 1934 r. P. Troicka Halina ze Szpitala C. W. San. Warszawa.

1-go maja 1934 r. P. Złotkowska Elżbieta ze Szpitala Wojskowego w Łodzi

1-go maja 1934 r. S. Bochenkowa Marja ze Szpitala Wojskowego w Krakowie.

Redakcja otrzymała następujący komunikat:

Katolickie misje w Chinach poszukują lekarek dla pracy ideowej, lekarsko-misyjnej. Werbowanie ochotniczek odbywa się za wiedzą i błogosławieństwem Jego Eminencji Księdza Prymasa Polski dr. Augusta Hlonda.

Bliższych informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia lekarka misyjna dr. Jadwiga Stermecka, Lwów, Plac św. Jura 1.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.

W następnym numerze
„PIELĘGNIARKI POLSKIEJ"
ukaże się sprawozdanie
z IX Zjazdu Międzynarodowego
Związku przeciwgruźliczego

IX Walny Zjazd

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

odbędzie się

w Warszawie

w dniach

27, 28 i 29 października 1934 r.